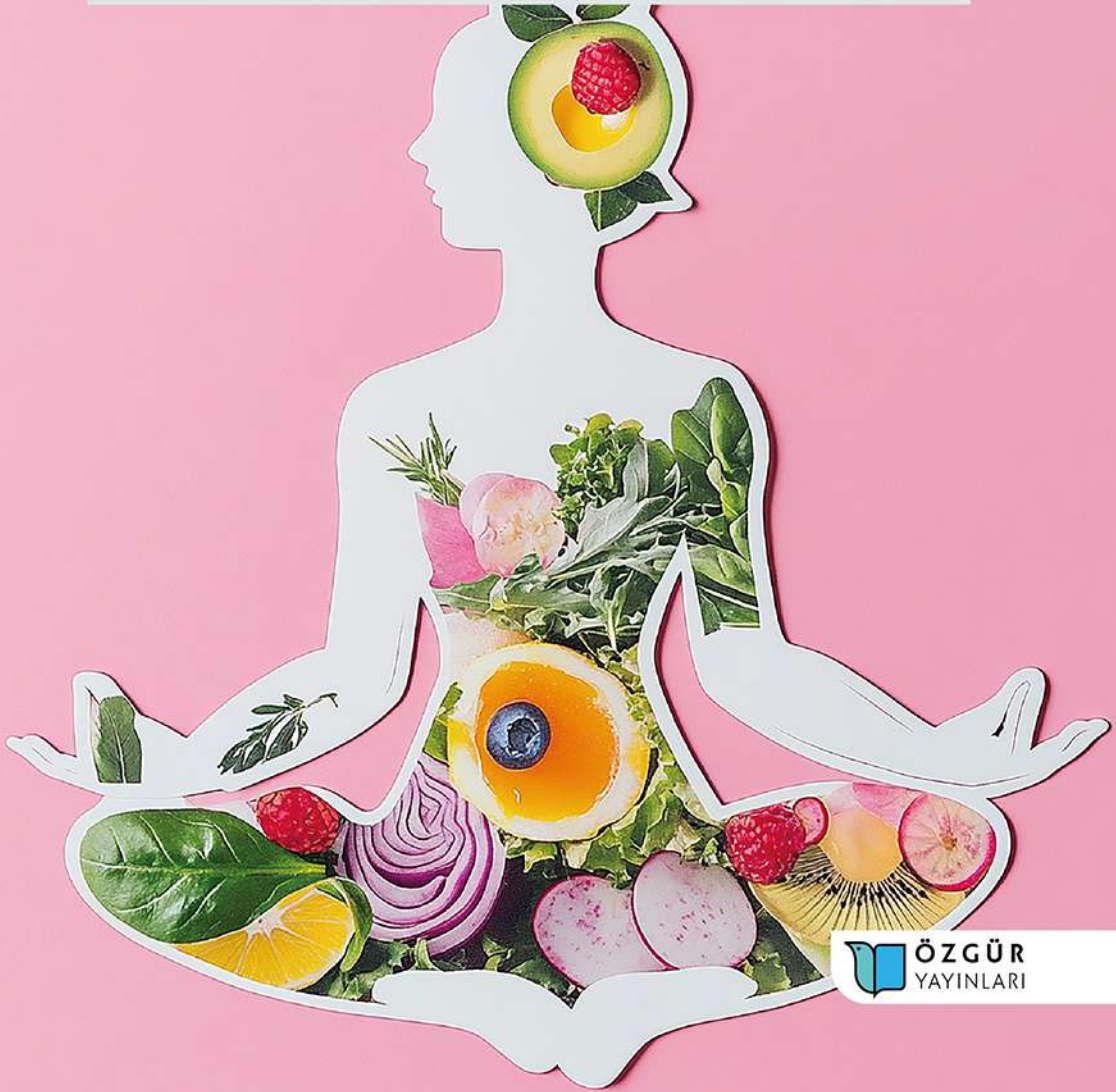


Kadın Sağlığında Bütüncül Yaklaşımlar

Editörler:

Doç. Dr. Ayşe Çuvadar • Dr. Öğr. Üyesi Nesrin Arslan



ÖZGÜR
YAYINLARI

Kadın Sağlığında Bütüncül Yaklaşımlar

Editörler:

Doç. Dr. Ayşe Çuvadar

Dr. Öğr. Üyesi Nesrin Arslan



Published by
Özgür Yayın-Dağıtım Co. Ltd.
Certificate Number: 45503

📍 15 Temmuz Mah. 148136. Sk. No: 9 Şehitkamil/Gaziantep
☎ +90.850 260 09 97
📞 +90.532 289 82 15
🌐 www.ozgur yayinlari.com
✉ info@ozgur yayinlari.com

Kadın Sağlığında Bütüncül Yaklaşımlar

Editörler: Doç. Dr. Ayşe Çuvadar • Dr. Öğr. Üyesi Nesrin Arslan

Language: Turkish
Publication Date: 2026
Cover design by Mehmet Çakır
Cover design and image licensed under CC BY-NC 4.0
Print and digital versions typeset by Çizgi Medya Co. Ltd.

ISBN (PDF): 978-625-8813-01-2

DOI: <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub1373>



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0). To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>
This license allows for copying any part of the work for personal use, not commercial use, providing author attribution is clearly stated.

Suggested citation:

Çuvadar, A. (ed), Arslan, N. (ed) (2026). *Kadın Sağlığında Bütüncül Yaklaşımlar*. Özgür Publications.

DOI: <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub1373>. License: CC-BY-NC 4.01

The full text of this book has been peer-reviewed to ensure high academic standards. For full review policies, see <https://www.ozgur yayinlari.com/>



İçindekiler

Bölüm 1

Adölesan Gebeliklerde Şiddet, Obstetrik Şiddet ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri	1
--	---

Esra Demirci Ecevit

Kübra Şerif Öztürk

Bölüm 2

Adölesan Dönemde Menstrüel Stresin Yönetiminde Duygusal Özgürleşme Tekniği ve Ebelik Bakımı	21
---	----

Esra Demirci Ecevit

Mahizet Elif Aras

Bölüm 3

Doğum Sonrası Depresyon ve Perinatal Dönemde Duygudurum Bozuklukları	41
--	----

Yeter Çuvadar Baş

Rukiye Karabacak

Bölüm 4

Yardımcı Üreme Tekniklerinde Klinik ve Yasal Yaklaşımlar	55
--	----

Çağla Çamlı

Begüm Can

Bölüm 5

Kanıta Dayalı Yaklaşımlar Işığında Normal Doğum Yönetimi: Ebelik Hizmetlerinin Rolü	69
---	----

Çağla Çamlı

Kübra Nur Kılıç

Bölüm 6

Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlarda Psikososyal Bakım ve Ebelik Yaklaşımları 85

İkbal Nur Ergin

Begüm Can

Bölüm 7

Travmatik Doğum Deneyimi ve Ruh Sağlığı 99

Rumeysa İnci

Kübra Nur Kılıç

Bölüm 8

Tokofobi, Sosyal Medya Kullanımı ve Gebelikte Psikososyal Etkiler 111

Yeter Çuvadar Baş

Nargizahon Erkaboeva

Adölesan Gebeliklerde Şiddet, Obstetrik Şiddet ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri

Esra Demirci Ecevit¹

Kübra Şerif Öztürk²

Özet

Adölesan dönem, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10–19 yaş aralığını kapsayan gelişimsel bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde birey; fiziksel, bilişsel, psikosozyal ve kimlik gelişimini sürdürmekte olup, henüz tamamlanmamış gelişimsel süreçler nedeniyle çeşitli sağlık risklerine daha açık hale gelmektedir. Adölesan dönemde gerçekleşen gebelikler ise gelişmekte olan fizyolojik yapıya ek bir yük oluşturarak hem anne hem de fetüs açısından önemli obstetrik, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açabilmektedir.

Günümüzde adölesan gebelikler, görülme sıklığındaki artış ve beraberinde getirdiği çok boyutlu riskler nedeniyle önemli bir halk sağlığı ve toplumsal sorun olarak değerlendirilmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde çoğunlukla korunmasız ve erken yaşta başlayan cinsel yaşamın sonucu olarak ortaya çıkarken, düşük sosyoekonomik düzeye sahip toplumlarda çocuk yaşta evlilikler, cinsel istismar ve toplumsal eşitsizlikler ile ilişkili olabilmektedir. Bu süreçte adölesan gebeler; yaş, deneyimsizlik, bilgi eksikliği, güçsüz sosyal konum ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlar nedeniyle obstetrik şiddete karşı daha kırılgan bir grup oluşturmaktadır.

Obstetrik şiddet; gebelik, doğum ve postpartum dönemde kadının fiziksel, psikolojik ve duygusal bütünlüğünü zedeleyen, insan hakları ihlali niteliği taşıyan bir durumdur. Adölesan gebelerde obstetrik şiddet; damgalayıcı tutumlar, yargılayıcı iletişim, mahremiyet ihlalleri, bilgilendirilmiş onam eksikliği ve bakım hizmetlerinde ayrımcılık gibi farklı biçimlerde ortaya çıkabilmektedir. Özellikle küçük yaşta gebeliklerin bildirimi, veli izni gerekliliği, istismar şüphesi ve hukuki sorumluluklar gibi durumlar sağlık profesyonellerini etik ikilemlerle karşı karşıya bırakabilmektedir. Kadın sağlığı hizmetlerinde temel rol üstlenen

1 Öğr., Gör., Gedik Üniversitesi, esra.ecevit@gedik.edu.tr, 0000-0002-1014-939X

2 Yl.Öğr., Karabük Üniversitesi, kubraozturk.145@gmail.com, 0009-0000-2524-2987

ebeler; adölesan izlemlerinin yürütülmesi, gebeliğin erken dönemde saptanması, şiddet ve istismar belirtilerinin değerlendirilmesi, ruh sağlığının desteklenmesi ve bütüncül bakımın sunulması açısından kritik sorumluluklara sahiptir.

1. Giriş

Adölesan dönem; bireyin fizyolojik, psikolojik, cinsel ve sosyal açıdan önemli değişimler yaşadığı, çocukluktan yetişkinliğe geçiş süreci olarak tanımlanmaktadır (Yeşim Anık vd., 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) adölesan dönemi, “çocukluk ve yetişkinlik arasındaki 10–19 yaş aralığını kapsayan yaşam evresi” olarak ifade etmektedir (DSÖ, 2021). DSÖ verilerine göre dünya genelinde yaklaşık 1,2 milyar adölesan bulunmakta olup, bu sayı dünya nüfusunun yaklaşık altıda birine karşılık gelmektedir (DSÖ, 2021). Adölesan nüfusun artışıyla birlikte bu yaş grubuna özgü sağlık riskleri de önem kazanmaktadır. Özellikle 10–14 yaş aralığında hijyen ve sanitasyon sorunları ön planda yer alırken, 15–19 yaş grubunda madde kullanımı, alkol tüketimi ve güvenli olmayan cinsel ilişki daha sık görülmektedir. Bunun yanı sıra cinsel istismar da adölesan dönemde önemli bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. DSÖ’ye göre gebelik komplikasyonları ve güvenli olmayan kürtajlar, 15–19 yaş grubundaki kız çocuklarında önde gelen ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. 2019 yılı verileri incelendiğinde, 15–19 yaş grubundaki yaklaşık 21 milyon kız çocuğunun gebe kaldığı ve bu gebeliklerin yaklaşık 12 milyonunun doğumla sonuçlandığı bildirilmektedir (DSÖ, 2024).

Türkiye’de ise cinsel istismar ve tecavüz olgularının yanı sıra erken yaşta ve istem dışı evlilikler de önemli bir toplumsal sorun olmaya devam etmektedir. On sekiz yaşın altında gerçekleştirilen evlilikler “erken evlilik” olarak tanımlanmakta, bu bireyler ise “çocuk gelin” olarak değerlendirilmektedir (Yeşim Anık vd., 2019). Eğitim düzeyindeki artış ve toplumsal farkındalığın gelişmesine rağmen çocuk yaşta evlilikler ve adölesan gebelikler güncelliğini korumaktadır. Adölesan gebeler; gelişimsel süreçlerinin devam etmesi, sosyokültürel baskılar ve sınırlı sosyal destek nedeniyle karşılaştıkları sorunlarla baş etmede güçlük yaşayabilmektedir. Özellikle kültürel nedenlerle sağlık hizmetlerine erişimde yetersizlik yaşayan adölesan gebeler, sosyal izolasyon ve yalnızlık ile karşı karşıya kalabilmektedir (Şahin & Küçük, 2021). Şahin ve Küçük’ün çalışmasında, kültürel faktörlerin adölesan gebelerde distres düzeyi ve psikososyal sağlığı anlamlı şekilde etkilediği belirlenmiştir (Şahin & Küçük, 2021). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2025 yılında 16–17 yaş grubunda evlenen kız çocuklarının sayısı 8068 olarak bildirilmiştir (TÜİK, 2025). Bu durum, erken evliliklerin ve buna bağlı adölesan gebeliklerin halen önemli bir toplumsal ve halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

Obstetrik şiddet ise gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadının sağlık bakım hizmeti aldığı sırada bakım veren tarafından fiziksel veya psikolojik açıdan zarar görmesi ya da bu şekilde muameleye maruz bırakılması olarak tanımlanmaktadır (Kilci vd., 2020). Obstetrik şiddet; gereksiz girişimlerin uygulanması, bilgilendirilmiş onam alınmaması, fiziksel müdahaleler, duygusal baskı, aşağılayıcı tutumlar ve sözlü ithamlar gibi farklı biçimlerde ortaya çıkabilmektedir. Adölesan gebelerde yaş, deneyimsizlik ve psikososyal kırılganlık nedeniyle obstetrik şiddetin etkileri yetişkin kadınlara kıyasla daha derin psikolojik sonuçlar doğurabilmektedir (Kilci vd., 2020).

1.1. Adölesan Annelik ve Şiddet

Adölesan bireyler büyüme ve gelişme süreci içerisinde genital olgunlaşma yaşamakta, cinsellik kavramını tanımaya ve kendi bedenlerini keşfetmeye başlamaktadır. Ancak fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişimi henüz tamamlanmamış; kimlik ve benlik algısı tam olarak oluşmamış bireylerin ebeveynlik sorumluluğunu üstlenmesi anne ve çocuk sağlığı açısından önemli riskler taşımaktadır (Bulut vd., 2008). Bu nedenle adölesan gebelikler, yetişkin gebeliklere kıyasla daha yüksek maternal ve neonatal risklerle ilişkilendirilmektedir. Özellikle doğum komplikasyonları, enfeksiyonlar, malnütrisyon ve yetersiz bakım gibi nedenlerle doğum sonrası ilk yılda anne ölümleri adölesanlarda daha sık görülmektedir (Bulut vd., 2008).

Adölesan gebeliklerin ortaya çıkışında biyolojik, psikolojik, kültürel ve sosyoekonomik birçok faktör rol oynamaktadır. Zihinsel yetersizlik, olumsuz çocukluk deneyimleri, parçalanmış aile yapısı, çocuk istismarı, akran baskısı, düşük eğitim düzeyi ve yakın çevrede adölesan gebelik öyküsünün bulunması önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. Bununla birlikte evlilik dışı ve erken yaşta cinsel deneyimlerin giderek yaygınlaşması, kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi eksikliği ve yanlış inanışlar nedeniyle ilk cinsel deneyimlerin gebelikle sonuçlanma olasılığı artmaktadır (Göncü Serhatlıoğlu & Kaya, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü şiddeti; “kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik zarar veren ya da verme olasılığı bulunan, tehdit, zorlama veya özgürlüğün keyfi biçimde kısıtlanmasını içeren her türlü toplumsal cinsiyete dayalı eylem” olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2024). Yaşları gereği daha savunmasız bir grup olan adölesanlar, şiddet ve istismara daha açık durumdadır. İstemli ya da istismar sonucu gerçekleşen gebeliklerde, kimlik gelişimini henüz tamamlamamış adölesan birey için annelik rolüne uyum sağlamak güçleşmektedir. Bu süreçte şiddetin eşlik etmesi ise adölesan gebeliklerin oluşturduğu mevcut riskleri artırarak süreci daha kırılgan hale getirmektedir (Yeşim Anık vd., 2019).

İleri ve arkadaşlarının çalışmasında, adölesan gebelerin antenatal izlemlerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir (İleri vd., 2020). Antenatal bakımın yetersizliği, risklerin erken tanınmasını ve gerekli müdahalelerin planlanmasını güçleştirmektedir. Brezilya’da ensest sonucu oluşan gebeliklerde yasal kürtaj talebinde bulunan adölesanlarla yürütülen bir çalışmada ise olguların büyük çoğunluğunda (%83) adölesanların savunmasızlığından yararlandığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada, sağlık kuruluşuna başvuruların çoğunlukla gebeliğin 13. haftasından sonra gerçekleşmesi, sağlık hizmetlerine erişimde önemli engeller bulunduğunu göstermektedir. Başvuruların gecikmesi nedeniyle kürtaj taleplerinin olumsuz değerlendirilmesi ise adölesanların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı güçlükleri ortaya koymaktadır (Bessa vd., 2019).

1.2. Adölesan Gebeliklerin Maternal ve Neonatal Riskleri

Adölesan dönemde menstrüasyonun başlamasıyla birlikte hormonal değişiklikler ortaya çıkmakta ve birey fizyolojik olarak gelişim sürecini sürdürmektedir. Gelişimini tamamlamamış bu fizyolojik yapıya gebelik yükünün eklenmesi, gebeliği anne ve fetus açısından yüksek riskli hale getirebilmektedir (Kütük, 2012). Literatürde özellikle 15 yaş altındaki gebeliklerde; düşük, preterm doğum, erken membran rüptürü, intrauterin gelişme geriliği (IUGR), sezaryen doğum, anemi ve postpartum kanama gibi komplikasyonların yetişkin gebeliklere kıyasla daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Kütük, 2012). Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise adölesan gebelerde preeklampsi, dekolman plasenta, preterm eylem, IUGR, oligohidramnios, gestasyonel diabetes mellitus ve fetal anomalilerin kontrol grubuna göre daha yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir (Kaya vd., 2017).

Adölesan gebelikler yalnızca fizyolojik açıdan değil, psikolojik ve sosyal yönlerden de önemli riskler taşımaktadır. Özellikle evlilik dışı gebelikler birçok toplumda aile açısından ciddi bir kriz olarak algılanabilmekte; bu durum kimi zaman erken yaşta evliliğe zorlanma, kimi zaman ise güvenli olmayan koşullarda gebeliğin sonlandırılmaya çalışılması ile sonuçlanabilmektedir. Adölesan gebelerin çoğunlukla düşük eğitim düzeyine sahip olması, okul yaşamını tamamlayamamaları ve yeterli sağlık eğitimi alamamaları nedeniyle gebelik ve doğum sürecine ilişkin bilgi eksikliği yaşamaları olasıdır (Bulut vd., 2008). Bununla birlikte Kara ve arkadaşlarının çalışmasında, adölesan gebelerin kendilerini ileri yaş anneler kadar anneliğe hazır ve istekli hissettikleri bildirilmiştir (Kara vd., 2017). Ancak düşük eğitim düzeyi, erken yaş, savaş, göç, yoksulluk ve kötü yaşam koşulları gibi faktörler obstetrik riskleri artırmakta; yetersiz beslenme, genital enfeksiyonlar ve sağlık hizmetlerine erişim sorunları ile birlikte adölesan gebenin ruh sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Bu

süreçte adölesan gebe kendini yetersiz hissedebilmekte, annelik rolüne uyum sağlamada ve emzirme sürecinde güçlük yaşayabilmektedir (Bulut vd., 2008).

Adölesan gebeliklerin riskleri yalnızca anne ile sınırlı olmayıp yenidoğan sağlığını da etkilemektedir. Bu gebeliklerde motor ve gelişim geriliği, görme ve işitme problemleri gibi olumsuz yenidoğan sonuçları daha sık görülebilmektedir. Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında adölesan gebelerde anemi prevalansı %36 olarak bulunmuş; anemik annelerin bebeklerinin yenidoğan yoğun bakım ünitesine daha fazla ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir (Yılmaz vd., 2018). Tüm bu bulgular, adölesan gebeliklerin maternal ve neonatal sağlık açısından yüksek risk taşıdığını ortaya koymaktadır (Yılmaz vd., 2018).

1.3. Şiddetin Türleri ve Psikososyal Etkileri

Gebelik döneminde aile içi şiddetin ortaya çıkmasında alkol ve madde kullanımı, erkeğin baskın ve kontrol edici davranışları ile kadının savunmasız konumunda bulunması önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. Gebeliğin neden olduğu hormonal değişiklikler ve psikolojik hassasiyetler ile baş etmekte güçlük yaşayan kadınlar için adölesan yaş faktörü, kırılganlığı daha da artırabilmektedir. Özellikle yaş farkının belirgin olduğu evliliklerde erkeğin otorite figürü olarak konumlanması, şiddetin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir. Paylaşımdan uzak, erkeğin egemenliğinin belirgin olduğu aile yapılarında psikolojik sorunların da eşlik etmesiyle şiddetin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir (Topatan vd., 2020). Ural ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin %8,9'unun aile içi şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Ural vd., 2026). Adölesan gebelerde şiddet prevalansına ilişkin net veriler sınırlı olmakla birlikte, bu yaş grubunda şiddetin psikolojik etkilerinin daha ağır sonuçlar doğurabileceği düşünülmektedir. Özellikle istemsiz gebelikler sonucunda zorla evlendirilen çocuklar, psikolojik şiddete maruz kalmakta; bu durum depresyon, anksiyete ve travma riskini artırabilmektedir. Erken yaşta evlilikler aynı zamanda eğitim hakkının kesintiye uğramasına neden olarak bireyin sosyal gelişimini de olumsuz etkilemektedir. Türkiye'de erkeklerin yaklaşık %5'inin, kızların ise %35–60'ının 19 yaşından önce evlendiği bildirilmektedir (Boran vd., 2013). Bu evliliklerin çoğu resmi kaydolmaksızın gerçekleştirilmekte ve özellikle kız çocuklarının yasal haklardan mahrum kalmasına yol açmaktadır (Boran vd., 2013).

Adölesanların maruz kalabileceği önemli şiddet türlerinden biri de dijital şiddettir. Bireyin rızası dışında paylaşılan görüntülerin tehdit ve şantaj amacıyla kullanılması, dijital ortamda cinsel istismara dönüşebilmektedir (Çoksezen, 2025). Fiziksel ve cinsel şiddetin yanı sıra psikolojik şiddet de adölesan gebeler üzerinde çok boyutlu etkiler oluşturmaktadır. Toplum, aile, partner ve akranlar

tarafından uygulanan psikolojik baskılar; gebenin benlik algısını, psikososyal uyumunu ve anneliğe geçiş sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Erdemoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında; yerleşim yeri, istemsiz gebelik, eğitim düzeyi ve kültürel faktörler gibi sosyodemografik değişkenlerin gebenin psikososyal sağlığı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir (Erdemoğlu vd., 2018).

Gebelerin maruz kaldıkları şiddet türleri fiziksel, psikolojik, ekonomik, yakın partner, siber ve yapısal/toplumsal şiddet olarak sınıflandırılabilir. Fiziksel şiddet özellikle abdominal bölgeye yönelik travmalar nedeniyle düşük, prematüre doğum, enfeksiyon ve fetal hasar riskini artırmaktadır (Demirel Bozkurt vd., 2016). Psikolojik şiddet ise bağırma, aşağılama, tehdit etme ve kontrol davranışları gibi bireyin benlik saygısını zedeleyen tutumları içermektedir (Çilli vd., 2019). Yakın partner şiddeti; fiziksel, cinsel ve duygusal saldırganlığı kapsayan yaygın bir şiddet türü olup özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde daha sık görülmektedir (Yüzügüler vd., 2023). Ekonomik şiddet, kadının maddi kaynaklara erişiminin kısıtlanması ve ekonomik bağımsızlığının engellenmesi ile ortaya çıkmakta; sağlık hizmetlerine ulaşımı da olumsuz etkileyebilmektedir (İnci, 2019). Siber şiddet ise çevrimiçi ortamda taciz, tehdit ve zorlayıcı davranışlarla bireyin psikolojik bütünlüğünü zedeleyebilmektedir (Bulut & Kar, 2025; Çoksezen, 2025). Bunun yanı sıra toplumsal ve yapısal şiddet; dışlanma, ayrımcılık, göç ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan eşitsizlikler şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Kolombiya'da göç etmiş ergenlerle yapılan bir çalışmada, yapısal şiddete maruz kalan adölesanların doğum sonrası sağlık hizmetlerine erişim oranlarının düşük olduğu belirlenmiştir (Wallis vd., 2024). Bu bulgular, adölesan gebelerin yalnızca bireysel değil, aynı zamanda toplumsal ve yapısal şiddetten de olumsuz etkilendiğini göstermektedir.

1.4. Adölesan Gebelikler ve Obstetrik Şiddet

Doğurganlık çağı boyunca kadınlara bakım ve danışmanlık hizmeti sunan ebeler, kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesinde temel sağlık profesyonellerinden biridir. Ebeler, kadınlara en iyi bakım ve hizmeti sunmayı amaçlamakla birlikte bazı durumlarda etik ikilemlerle karşı karşıya kalabilmektedir. Bu nedenle bakım sürecinde durumu bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmeleri, profesyonel tutumlarını korumaları ve etik ilkeler doğrultusunda hareket etmeleri büyük önem taşımaktadır. Saygılı ve insancıl doğum yaklaşımı; gebenin fiziksel ve psikolojik sağlığını destekleyen, karar verme sürecine aktif katılımını sağlayan ve kanıta dayalı uygulamaların kullanıldığı bakım anlayışı olarak tanımlanmaktadır (Kilci vd., 2020).

Ebelerin karşılaştıkları önemli etik sorunlardan biri adölesan gebeliklerdir. Mesleki etik ilkeler doğrultusunda adalet, özerklik, yarar sağlama ve zarar

vermeme ilkelerine uygun davranılması; adölesan gebelere yönelik bakımda önyargılı tutumlardan kaçınılması gerekmektedir (Kilci vd., 2020). Kadının bedenine, doğum sürecine veya bakım hizmetlerine yönelik sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen kötü muameleler ve etik dışı davranışlar obstetrik şiddet olarak tanımlanmaktadır. Üreme haklarının ihlal edilmesi, aşağılayıcı veya hakaret içeren ifadeler kullanılması, tehdit edici iletişim, bilgilendirme yapılmaması, gebenin şikâyetlerinin dikkate alınmaması, rıza alınmadan girişim uygulanması, anne-bebek dostu uygulamalardan mahrum bırakılması ve emzirmenin kasıtlı olarak geciktirilmesi obstetrik şiddet örnekleri arasında yer almaktadır. Bunun yanı sıra doğumun giderek tıbbileştirilmesi sonucunda gebelik fizyolojik bir süreçten ziyade patolojik bir durum olarak algılanabilmekte; sürekli elektronik fetal monitörizasyon, rutin epizyotomi ve gereksiz indüksiyon uygulamaları kadının kendi bedeni üzerinde söz hakkının olmadığı hissini oluşturabilmektedir (Kilci vd., 2020).

Meksika’da yapılan bir çalışmada gebe kadınların yaklaşık üçte birinin sağlık çalışanlarından kötü muamele gördüğü bildirilmiştir (Torrissi vd., 2024). 2016–2021 yılları arasındaki verilerin incelendiği aynı çalışmada, toplumsal şiddetin yoğun olduğu bölgelerde obstetrik şiddet riskinin arttığı; özellikle fiziksel istismar ve rıza dışı bakım uygulamalarının daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Bu riskin düşük eğitim düzeyine sahip kadınlarda daha belirgin olduğu vurgulanmıştır (Torrissi vd., 2024). Hindistan’da obstetrik şiddet üzerine yapılan bir literatür incelemesinde ise zararlı geleneksel uygulamaların obstetrik şiddet kapsamında değerlendirildiği ve kadınların sosyoekonomik düzeyi düştükçe obstetrik şiddete maruz kalma oranlarının arttığı bildirilmiştir (Shrivastava vd., 2020).

Adölesan gebeliklerde bakım planı oluşturulurken gebeliğin istemli ya da istemsiz olup olmadığı erişkin gebeliklerde olduğu gibi değerlendirilmelidir (Serhatlıoğlu & Kaya, 2018). Ebe, bakım verdiği adölesan gebeye yargılayıcı bir tutumla yaklaşmamalı; “neden bu yaşta gebelik?” gibi damgalayıcı ifadelerden kaçınmalıdır. Gebeliğin planlı ya da plansız olması, gebenin yaşı veya gebelik sayısı ne olursa olsun profesyonel bakım yaklaşımı sürdürülmelidir (Serhatlıoğlu & Kaya, 2018). Bakım sürecinde adölesanın yaşından dolayı veli onamı gerekli olmakla birlikte, gebenin bilgilendirilme hakkı ve kendi bedeni üzerinde söz sahibi olma hakkı göz ardı edilmemelidir. Gebeliğin sürdürülmesi veya sonlandırılması kararlarında adölesan gebenin sürece aktif katılımı sağlanmalıdır (Ayдын, 2013).

Tecavüz sonucu gelişen istemsiz adölesan gebeliklerde, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun’un 6. maddesi uyarınca gebeliğin sonlandırılması “gebe kadının iznine, küçüklerde küçüğün rızasına ve velinin onayına

bağlıdır” hükmü ile düzenlenmiştir (TCK, 2004). Adölesan gebenin gebeliği sürdürmek istemesi durumunda ise süreç yüksek riskli gebelik kapsamında değerlendirilerek takip ve izlemler bu doğrultuda planlanmalıdır (Serhatlıoğlu & Kaya, 2018). Ayrıca Türk Ceza Kanunu’nun 5237 sayılı kanunun 103., 104. ve 280. maddeleri uyarınca adölesan gebeliklerin bildirilmesi zorunludur. Bu kapsamda ebe, mesleki etik ilkeler ve gizlilik prensibi doğrultusunda hareket ederek tespit ettiği adölesan gebeliği ilgili kurumlara bildirmekle yükümlüdür (TCK, 2004).

Tablo1: Adölesan Gebelikte Şiddete Yol Açan Faktörler

Şiddetin Nedeni	Şiddetin Alt Nedenleri
Toplumsal ve Kültürel Nedenler	-Erken yaşta istenen gebeliğin ‘ahlaki bir hata’ gibi görülüp adölesanı yargılayıcı sergilenen tavırlar. Sağlık personelinin yargılayıcı tutumu, -Hata sonucu cezaya katlanma psikolojisine sürüklenmesi, -Adölesan gebenin karar verme sürecinin dışında bırakılması şiddete neden olabilmektedir (Şahin & Küçük,2021).
Bireysel Nedenler	-Adölesan gebe yaşı küçük olması nedeniyle düşük eğitim seviyesine sahip olabilir ve haklarını savunamayabilir, -Düşük eğitim düzeyi düşük sağlık okuryazarlığı demektir. Yapılan işlemler hakkında bilgilendirilmemesi de neden olabilmektedir, -Ekonomik bağımlılık daha az talepkâr olmasına neden olabilir. Bu da psikolojik şiddete yol açan dolaylı nedenlerdendir (Erdemoğlu vd.,2018).
Sağlık sisteminden kaynaklı nedenler	-Sağlık çalışanlarının adölesan gebe yerine karar vermesi (Paternalist yaklaşım), -İletişim sorunları, adölesana çocuk muamelesi yapılarak azar ya da aşağılayıcı dil kullanılması, -Sistemdeki eksiklik/yetersiz personel nedeniyle adölesan gebeye yeterli zaman ayrılamaması ve empati eksikliği nedeniyle adölesan gebeye stres yüklenmesi, -Kadınların obstetrik eylemlerden habersiz olmaları (Karabulut & Unutkan,2024)
Yasal nedenler	-Adölesan gebelerde reşit olmadığı için doğabilen onam sorunları (Gebenin özerkliğinin yok sayılması), -Yine küçük yaş sebebi ile bilgilerin aile ile paylaşılması ile ihlal edilebilen mahremiyetin yol açabileceği aile içi şiddet (TCK,1983; Karabulut & Unutkan,2024).

1.5. Adölesan Gebeliklerde Depresyon ve Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkiler

Ergenlik döneminde yaşanan gebelikler, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Gelişim sürecini sürdüren adölesanın fizyolojik ve psikolojik yapısına gebelik yükünün eklenmesi, bireyi ruh sağlığı sorunları açısından daha kırılgan hale getirebilmektedir. Gebelikte şiddetin yaygınlığı dünya genelinde önemli boyutlara ulaşmış olup, adölesan gebeliklerde şiddet görülme sıklığının yaklaşık %38 düzeyinde olduğu bildirilmektedir (Çilli vd., 2019). Şiddet, adölesan gebenin ruhsal bütünlüğüne doğrudan zarar vermekte; benlik algısı ve benlik saygısının akranlarına göre daha düşük olmasına yol açmaktadır. Bu durum, özellikle postpartum dönemde hem kendi gereksinimlerini hem de bebeğinin bakım ihtiyaçlarını karşılayabilme kapasitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Çilli vd., 2019).

Şiddet aynı zamanda sosyal izolasyonu da beraberinde getirmektedir. Sosyal destekten yoksun kalan adölesan bireylerde çaresizlik hissi yoğunlaşmakta ve zamanla “öğrenilmiş çaresizlik” gelişebilmektedir. Bu durum, bireyin içinde bulunduğu koşulları değiştiremeyeceğine inanmasına neden olarak depresif belirtilerin şiddetlenmesine katkı sağlamaktadır (Çilli vd., 2019). Adölesan gebeliklerde ruh sağlığını etkileyen önemli faktörlerden biri de gebeliğin istemli ya da istemsiz olmasıdır. İstemsiz gebelikler çoğu zaman cinsel istismar ve şiddet sonucunda ortaya çıkmakta; yaşı küçüklüğü ve gelişimsel kırılganlık nedeniyle adölesan bireyler savunmasız bir konumda bulunmaktadır. Cinsel şiddet ve istismar sonucu oluşan gebelikler, adölesanın psikososyal uyumunu ciddi biçimde olumsuz etkileyebilmekte; intihar düşünceleri ve kendine zarar verme davranışları riskini artırabilmektedir (Şahin & Küçük, 2021). Ağır depresyon ve umutsuzluk duygularının eşlik ettiği şiddet mağduru adölesanlarda suisid girişimlerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Yüzügüler vd., 2023).

Solmaz ve arkadaşlarının çalışmasında, adölesan annelerde öz-yeterlilik düzeyinin düşük olduğu ve postpartum depresyon açısından risk altında bulundukları belirlenmiştir (Solmaz vd., 2024). Bunun yanı sıra adölesan annelik, madde ve alkol kullanım bozuklukları açısından da önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Siegal & Brandon, 2014). Şiddete maruz kalan adölesan gebelerde sıklıkla “yaşananları hak ettiği” veya “olayların kendi suçu olduğu” yönünde bilişsel çarpıtmalar gelişebilmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin kullandıkları dil ve iletişim biçimi büyük önem taşımaktadır. Gebelik sürecinde eşin ve ailenin bakım sürecine dahil edilmesi, çiftin bütüncül şekilde değerlendirilmesi ve destekleyici bakım sunulması önerilmektedir (Şahin & Küçük, 2021).

Adölesan gebeliklerde şiddetin ruh sağlığı üzerindeki etkileri yalnızca anne ile sınırlı kalmamakta, anne-bebek ilişkisi aracılığıyla gelecek nesillere de yansiyabilmektedir. Şiddet döngüsü içerisindeki annelerde yetersizlik, değersizlik ve umutsuzluk duyguları nedeniyle bebeğe yönelik bakım davranışları olumsuz etkilenebilmekte, anne-bebek bağlanması zarar görebilmektedir (Çilli vd., 2019). Adölesan annelerin çocuklarında bilişsel ve duygusal gelişim sorunlarının yetişkin annelerin çocuklarına kıyasla daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Aydın, 2013). Ayrıca travmatik koşullarda dünyaya gelen çocuklarda ilerleyen yaşam dönemlerinde anksiyete bozukluğu, majör depresyon, madde kullanımı ve suça yönelim gibi psikososyal sorunların daha sık ortaya çıkabileceği belirtilmektedir. Özellikle istismar sonucu gelişen gebeliklerde tek ebeveynli aile yapısında büyüme olasılığı, bu riskleri daha da artırmaktadır (Aydın, 2013).

Sonuç olarak, adölesan gebelerde şiddet; gelişim süreci devam eden anne adayında depresyon, anksiyete, düşük benlik saygısı, madde bağımlılığı ve intihar girişimi gibi ciddi ruh sağlığı sorunlarına yol açabilmekte; aynı zamanda anne-bebek ilişkisi üzerinden çocuğun gelecekteki psikososyal gelişimini de olumsuz etkileyebilmektedir (Aydın, 2013).

1.5.1. Emzirme

Adölesan dönemde gerçekleşen gebelik ve annelik süreci, tek başına maternal ve fetal riskler taşımaktayken bu sürece şiddet maruziyetinin eklenmesi anne-bebek bağlanmasını daha da olumsuz etkileyebilmektedir. Erken yaşta anne olma ve şiddete maruz kalma durumu, adölesan gebelerde emzirme sorunlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (Aydın, 2013). Adölesan annelerin, çocuklarının sağlığı ve gelişimi konusunda daha riskli davranışlar sergiledikleri; yetişkin annelere kıyasla sigara kullanımı ve bebeklerini emzirmeme davranışına daha yatkın oldukları bildirilmektedir (Aydın, 2013). Adölesana yüklenen ebeveynlik rolü ve maruz kaldığı şiddet döngüsü, laktasyon ve emzirme sürecini çok yönlü biçimde olumsuz etkileyebilmektedir.

Araştırmalar, gebelik döneminde aile içi şiddete maruz kalan kadınlarda stres yanıtı ile ilişkili kortizol düzeylerinin arttığını ve bu fizyolojik değişimin doğum sonrası emzirme süreci ile yenidoğan sağlığını olumsuz etkilediğini göstermektedir (Yüzügüler vd., 2023). Şiddet nedeniyle kendi bedenine ve bebeğini besleyebilme yeterliliğine ilişkin güvenini kaybeden, yoğun çaresizlik yaşayan anneler laktasyon sürecini başlatmakta güçlük çekebilmektedir. Literatürde, şiddete maruz kalan annelerde doğum sonrası emzirmeye geç başlama sorununun daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Yüzügüler vd., 2023). Emzirmenin başlaması durumunda dahi travmatik yaşantılar ve sosyal destek

yetersizliği nedeniyle emzirmenin sürdürülebilirliği risk altına girebilmektedir. Bu nedenle yalnızca anne sütüyle beslenme süresi önerilen süreden daha erken sonlanabilmektedir (Yüzügüler vd., 2023).

1.6. Müdahale ve Koruma Stratejileri

Adölesan evlilikler, gebeliği önleyici yöntem kullanımının sınırlı ya da hiç olmadığı durumlarda bireylerin uzun süre gebelik riski altında kalmasına neden olmaktadır (Aydın, 2013). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre Latin Amerika, Avrupa ve Asya ülkelerinde evli ve evli olmayan adölesanların kontraseptif kullanım oranları %42–68 arasında değişirken, Afrika ülkelerinde bu oran %3–49 arasında bildirilmektedir (WHO, 2012). Kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi eksikliği, sağlık hizmetlerine erişim sorunları ve toplumsal baskılar, adölesan gebeliklerin devam eden önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Adölesan dönemde obstetrik şiddet; gebelik, doğum ve postpartum süreçte kadının haklarını ihlal eden, fiziksel ve psikolojik zarar oluşturan ihmal, kötü muamele ve saygısız bakım uygulamalarını kapsayan bir şiddet türü olarak tanımlanmaktadır. Gebelik sürecinde fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddete maruz kalmanın adölesanın ruh sağlığı üzerinde oluşturduğu etkiler, multidisipliner yaklaşımla ele alınması gereken karmaşık bir tablo oluşturmaktadır (Kilci, 2020).

Şiddet mağduru adölesan gebelere yönelik bakım planlanırken fiziksel ve psikolojik şiddetin etkileri ayrı ayrı değerlendirilerek bireyselleştirilmiş bakım sunulmalıdır. Anne ve bebeğin tam iyilik halinin sağlanabilmesi için postpartum dönemde annenin desteklenmesi, emzirmenin sürdürülmesi, anne-bebek bağlanmasının güçlendirilmesi ve adölesan annenin sosyal yaşama yeniden uyum sağlamasına yönelik danışmanlık hizmetlerinin sunulması gerekmektedir. Obstetrik şiddet riski taşıyan adölesan gebelerin erken dönemde belirlenmesi ve korunması açısından ebeler kritik role sahiptir. Bu kapsamda ebe, tıbbi öykü alma sürecinde yalnızca fizyolojik ve psikolojik değerlendirme yapmakla sınırlı kalmamalı; “Şiddete maruz kalıyor musunuz?” gibi doğrudan ve güven verici sorularla risk değerlendirmesi yapabilmelidir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin kişisel inançlarını, toplumsal normlardan kaynaklanan önyargılarını ve geleneksel kalıp yargılarını bakım sürecine yansıtmadan profesyonel bir yaklaşım sergilemeleri gerekmektedir. Bu doğrultuda ebelik ve hemşirelik eğitim müfredatlarına şiddet, istismar ve obstetrik şiddet konularına yönelik kapsamlı içeriklerin eklenmesi önemli görülmektedir (Çilli vd., 2019).

Bunun yanı sıra obstetrik şiddetin önlenmesi için yasal düzenlemeler ve sağlık bakım sistemlerinde yapısal reformların geliştirilmesi gerekmektedir. Doğum eylemi sırasında sağlık kurumlarında kötü muameleye maruz kalan

kadınların haklarının korunması ve mağduriyetlerinin giderilmesi amacıyla insan hakları temelli politikaların uygulanması önem taşımaktadır. Bu düzenlemeler sayesinde adölesan gebelerde obstetrik şiddetin fiziksel ve ruhsal etkilerine karşı daha güvenli bakım ortamları oluşturulabilir (Kilci, 2020). Afrika’da gebe ve anne adölesanlarla yapılan bir çalışmada; kontraseptif yöntemler hakkında bilgi eksikliği, yoksulluk, cinsel şiddet ve okuldan ayrılma gibi birbiriyle ilişkili birçok faktörün adölesanların savunmasızlığını artırdığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada, istenmeyen adölesan gebeliklerin önlenmesinde en etkili yaklaşımın okul içi ve okul dışı kapsamlı cinsel sağlık eğitim programlarının geliştirilmesi olduğu vurgulanmıştır (Chamdimba vd., 2023).

1.6.1. Şiddete Maruz Kalan Adölesan Gebelerde Travma Duyarlı Fizyolojik Bakım

Şiddet mağduru adölesan gebelerde bakımın en önemli ve kritik basamağı, şiddetin sağlık profesyonelleri tarafından erken dönemde fark edilmesi ve uygun müdahalenin planlanmasıdır. Bakım planının temelini, antenatal izlemlerin düzenli ve kapsamlı biçimde yürütülmesi oluşturmaktadır. Ancak şiddete maruz kalan gebelerin önemli bir kısmı prenatal bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamamakta ya da sağlık hizmetlerine geç başvurmaktadır. Bu nedenle fizyolojik bakımın ilk aşaması olan anamnez ayrıntılı biçimde alınmalı; adölesan gebelikte şiddetin varlığını düşündürebilecek fiziksel, psikolojik ve sosyal risk göstergeleri dikkatle değerlendirilmelidir. Şiddet öyküsü bulunan adölesan gebeler yüksek riskli gebelik grubunda ele alınmalı; bakım planı yalnızca fizyolojik bulguları değil, travmatik yaşantıların oluşturduğu psikososyal etkileri de kapsamalıdır. Bu süreçte preeklampsi, gestasyonel diyabet, erken membran rüptürü, plasenta dekolmanı, antepartum ve postpartum kanama gibi obstetrik komplikasyonlar açısından düzenli değerlendirme yapılmalı ve gerekli izlemler sürdürülmelidir. Fetüs açısından ise intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı ve preterm doğum riskleri göz önünde bulundurularak koruyucu ve destekleyici girişimler planlanmalıdır (Yüzügüler vd., 2023; Çilli vd., 2019).

Travay sürecinde ebeler ve diğer sağlık profesyonelleri, bakım sunarken kendi kişisel inançlarını, önyargılarını ve toplumsal cinsiyet kalıplarını bakım sürecine yansıtınamalıdır. Profesyonel sınırların korunduğu, travma duyarlı ve kadın merkezli bakım yaklaşımının benimsenmesi obstetrik şiddetin önlenmesinde temel unsurlardan biridir. Travay sürecindeki adölesan gebeye şefkatli, destekleyici ve empatik bir yaklaşım sergilenmeli; fiziksel, psikolojik ya da sözel şiddetin her türünden kaçınılmalıdır. Yalnızca fizyolojik iyileşmeye odaklanan bakım anlayışı, kaliteli ve bütüncül bakım sunumunda yetersiz kalacaktır. Bu nedenle adölesan gebenin fiziksel gereksinimlerinin yanı sıra

duygusal güvenliği, mahremiyeti ve psikososyal gereksinimleri de bakım planına dahil edilmelidir (Yüzügüler vd., 2023; Kilci, 2020; Çilli vd., 2019).

1.6.2. Şiddete Maruz Kalan Adölesan Gebelerde Travma Duyarlı Ruhsal Bakım

Şiddet olgularıyla karşılaşan sağlık profesyonellerinin öfke, üzüntü ve çaresizlik gibi insani duygular yaşaması doğal bir durumdur. Ancak bakım sürecinde önemli olan, profesyonelin kendi duygularını yönetebilmesi ve bu duyguların bakım sürecine yansımaları engelleyebilmesidir. Sağlık profesyonelinin profesyonel yaklaşımını koruması, bakımın niteliğini artıran temel unsurlardan biridir. Şiddet mağduruna yönelik olarak “alttan alma”, “boyun eğme” ya da “uzlaşmacı olma” şeklinde önerilerde bulunulması; ataerkil düşünce yapısını destekleyen, mağdurun psikolojik yıkımını derinleştirebilen ve şiddeti normalleştiren yaklaşımlar arasında değerlendirilmektedir. Bunun yerine adölesan gebenin haklarını bilmesini sağlayan, yasal destek mekanizmaları konusunda bilgilendiren ve bireyin otonomisini güçlendiren destekleyici tutumların benimsenmesi gerekmektedir (Çilli vd., 2019).

Şiddetin kaynağı ortadan kaldırılmadığı sürece yalnızca klinik bakım ile kalıcı iyilik halinin sağlanması mümkün olmayabilmektedir. Bu nedenle bakım süreci, yalnızca sağlık kurumundaki müdahalelerle sınırlı kalmamalı; sosyal destek mekanizmalarını da kapsayan bütüncül bir yaklaşımla sürdürülmelidir. İlk klinik müdahalenin ardından gebenin yaşam koşulları, sosyal destek kaynakları ve baş etme mekanizmaları değerlendirilmelidir. Psikolojik bakım planı kapsamlı biçimde düzenlenmeli, öncelikle gebenin yaşamsal güvenliği sağlanmalıdır. Özellikle aile içi şiddet olgularında gerekli yasal bildirimlerin yapılmasının ardından kadın sığınma evleri ve sosyal destek ağları gibi koruyucu hizmet birimlerine yönlendirme yapılması önem taşımaktadır. Bu tür multidisipliner ve sürdürülebilir destek yaklaşımları, adölesan gebenin ruh sağlığını yalnızca kısa süreli değil uzun vadeli olarak da olumlu yönde etkileyebilmektedir (Yüzügüler vd., 2023).

1.6.3. Şiddet Mağduru Adölesan Anneye Bakım ve Destek

Gençliğe geçiş dönemi olan adölesan dönemde; gebelik ve ebeveynlik eklenmesinin üzerine şiddet maruziyeti, adölesanı kendi çocukluğu ile ebeveyn olma zorunluluğu arasında psikososyal kırılabilirliği artırabilmektedir. Şiddet kaçınılmaz bir boyut kazanabilmektedir. Şiddet mağduru adölesan anneye verilecek bakım erken tanılama, yargısız iletişim kurma, benlik algısını güçlendirme ve psikososyal iyileştirme açısından multidisipliner yaklaşım ile sağlanmalıdır. Adölesan anne sağlıklı cinsel yaşam, kontrasepsiyon, bebek emzirme süreci, yenidoğan bakım süreci konularında eksiklik çekmektedir

(Aydın,2013). Anneye verilecek bakım bebeğine verdiği bakımı da iyileştirmektedir. Bu genç annelere güvenli ortam hissettirildikten sonra üreme sağlığı, aile planlaması, yenidoğan bakımı ile ilgili kapsamlı danışmanlık sağlanmalıdır. Gebeliğinde aile içi şiddet veya yakın partner şiddetine maruz kalan annelerin maternal bağlanma düzeylerinin düşük olduğu bilinmektedir. Bu şiddet sarmalı ve adölesan gebeliğin sebep olabileceği ağır depresyon anne-bebek bağlanmasını yetersiz kılma riski doğurmaktadır; depresif annelerin dünyaya getirdiği bebekler daha çok ağlamakta ve daha az aktif olmaktadır. Aynı zamanda bu bebekler anne iyileşmediğinde ileriki yaşamlarında anne-çocuk ilişkisi açısından kalıcı zarar görmüş olup sosyal yaşamlarında da sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Teorik ve pratik olarak bilgi eksiklikleri giderilmiş anne, bebeği ile güvenli bağ ve aktif iletişim kurarlar (Aydın,2013; Yüzügüler vd.,2023; Çilli vd.,2019).

2. Ebelik Bakımı

Tablo 2: Ebelik bakımına yönelik amaçlar

Şiddet	Ebelik Bakımı	Amaç
Toplumsal/ Partner-Eş/Aile içi/Siber Şiddet çeşitleri	Güvenli ortam oluşturarak taramalarını yapmak ve gerekli adli bildirimleri yapmak.	Mağdurun güvenliğini sağlamak, travmalarını azaltmak.
Obstetrik Şiddet/ Klinik Şiddeti	Aydınlatılmış onam alarak, mahremiyetini korumak ve kanıta dayalı uygulamalar ile bakım vermek. Hastayı işlemler hakkında bilgilendirmek, Mağdurun hakkını savunmak.	Klinikteki travmaları ortadan kaldırmak ve yeniden travmatize olmayı önlemek. Bireyin özerkliğini korumak (Karaulut & Unutkan,2024; Aydın,2013).

Adölesan dönemde gerçekleşen gebelik ve doğumlar, anne ve fetus açısından çeşitli riskler taşımakta ve mevcut sağlık sorunlarının şiddetlenmesine neden olabilmektedir. Literatürde, adölesan gebeliklerde obstetrik komplikasyonların yetişkin gebeliklere kıyasla daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Bu risklere aile içi şiddet, flört şiddeti, obstetrik şiddet ve cinsel şiddetin eklenmesi ise yalnızca fiziksel sağlığı değil, adölesanın ruhsal bütünlüğünü de ciddi biçimde tehdit etmektedir. Bu nedenle adölesan gebeliğin saptandığı andan itibaren bakım ve izlem planı oluşturulmalı; mevcut ve olası riskler değerlendirilerek uygun danışmanlık ve bilgilendirme hizmetleri sunulmalıdır. Bu süreçte ebelik bakımının temelini, adölesan gebenin şiddet deneyimlerini anlayabilmek ve onu obstetrik şiddetten koruyacak güven ilişkisini kurabilmek oluşturmaktadır. Güven ilişkisinin temelinde ise bilgilendirme, mahremiyetin korunması ve rızaya dayalı bakım anlayışı yer almaktadır (Karabulut & Unutkan, 2024).

Adölesan gebelerde yaştın küçük olması nedeniyle onam sürecinin göz ardı edilmesi, bireyde korku ve güvensizlik duygularını artırabilmektedir. Bu nedenle travay sürecinde adölesan gebeye sürekli gözetleniyor hissi verilmemeli, gereksiz müdahalelerden kaçınılmalı ve bireyin mahremiyetine özen gösterilmelidir. “Sen daha çocuksun, doğuramazsın” gibi aşağılayıcı ve yargılayıcı ifadelerden kesinlikle kaçınılmalı; bunun yerine destekleyici, cesaretlendirici ve güçlendirici bir iletişim dili benimsenmelidir. Etkili iletişim, ebe ve gebe arasındaki bakım ilişkisinin en önemli bileşenlerinden biridir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı tarafından yürütölen anne dostu hastane yaklaşımının benimsenmesi ve yaygınlaştırılması önem taşımaktadır. Kristeller manevrası veya rutin epizyotomi gibi kanıta dayalı olmayan ve önerilmeyen uygulamalara karşı adölesan gebenin korunması gerekmektedir. Çünkü gereksiz ve rıza dışı uygulamalar obstetrik şiddet kapsamında değerlendirilmektedir.

Adölesan izlemlerinde şiddet taraması, yargılayıcı olmayan ve güven verici bir iletişim diliyle yürütölmelidir. Şiddet varlığının saptanması durumunda gerekli yasal bildirimler gecikmeden yapılmalı ve adölesanın güvenliği sağlanmalıdır. Şiddet öyküsü bulunan anneler, postpartum depresyon açısından Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği gibi geçerli değerlendirme araçlarıyla izlenmelidir. Doğum sonrası bakım sürecinde ise eleştirel bir yaklaşım yerine annelik rolünü destekleyen, öz-yeterlilik duygusunu güçlendiren ve anne-bebek bağlanmasını destekleyen bakım uygulamaları sunulmalıdır (Karabulut & Unutkan, 2024; Çilli vd., 2019).

Bununla birlikte adölesan gebeliklere yönelik en etkili yaklaşım, gebeliğin oluşumunun önlenmesidir. Çünkü adölesan gebelikler yalnızca bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını değil, eğitim yaşamını, sosyal ilişkilerini ve aile dinamiklerini de derinden etkilemektedir. Bu doğrultuda cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin adölesanlara erişilebilir hale getirilmesi, şiddet açısından risk altındaki bireylerin erken dönemde belirlenmesi ve korunması için izlem programlarının güçlendirilmesi önem taşımaktadır. Ayrıca okul çağındaki bireyler için müfredata kapsamlı cinsel sağlık eğitimlerinin eklenmesi ve okul dışında kalan adölesanların danışmanlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması önerilmektedir (Aydın, 2013).

3. Sonuç

Adölesan gebelikler; biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan yüksek risk taşıyan, çok boyutlu bir halk sağlığı sorunudur. Bu süreçte adölesanların aile içi şiddet, yakın partner şiddeti, cinsel istismar, dijital şiddet ve obstetrik şiddet gibi farklı şiddet türlerine maruz kalabilmesi; depresyon, anksiyete, düşük benlik saygısı, travma sonrası stres belirtileri ve anne-bebek bağlanmasında bozulma gibi

ciddi ruhsal sonuçlara yol açabilmektedir. Özellikle sağlık hizmetleri sunumu sırasında ortaya çıkan yargılayıcı tutumlar, mahremiyet ihlalleri, bilgilendirilmiş onam eksikliği ve rıza dışı girişimler, adölesan gebelerin travmatizasyonunu artırarak obstetrik şiddeti görünür kılmaktadır. Bu nedenle adölesan gebelere yönelik bakımın; travma duyarlı, kadın merkezli, hak temelli ve multidisipliner bir yaklaşımla yürütülmesi büyük önem taşımaktadır. Ebeler başta olmak üzere sağlık profesyonellerinin; güven verici iletişim kurması, şiddet taramalarını etkin biçimde yürütmesi, gerekli yasal süreçleri işletmesi ve adölesanın fiziksel olduğu kadar ruhsal iyilik halini de desteklemesi gerekmektedir. Bununla birlikte adölesan gebeliklerin önlenmesi için kapsamlı cinsel sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve adölesan dostu sağlık hizmetlerinin erişilebilir hale getirilmesi önemli bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir.

4. Kaynakça

- Anık, Y., & Ege, E. (2019). Erken Evlilikler ve Adölesan Gebeliklerde Hemşirelik Yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Pediatric Nursing-Special Topics*, 5(1), 46-55.
- Aydın, D. (2013). Adölesan Gebelik ve Adölesan Annelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16 (4), 250-254. <https://izlik.org/JA33UT62UU>
- Bessa, M. M. M., Drezett, J., Adami, E., Araújo, S. D. T., Bezerra, I. M. P., & Abreu, L. C. (2019). Characterization of Adolescent Pregnancy and Legal Abortion in Situations Involving Incest or Sexual Violence by an Unknown Aggressor. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(8), 474. <https://doi.org/10.3390/medicina55080474>
- Boran, P., Gökçay, G., Devecioğlu, E., & Eren, T. (2013). Çocuk Gelinler. *Marmara Medical Journal*, 26(2), 58-62. <https://izlik.org/Ja96yn59nd>
- Chamdimba, E., Kabiru, C. W., Ushie, B. A., Munthali, A., Thakwalakwa, C., & Ajayi, A. I. (2023). Naïve, uninformed and sexually abused: circumstances surrounding adolescent pregnancies in Malawi. *Reproductive health*, 20(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01655-3>
- Çilli, B., Ateş, N. A., & Küğcümene, G. (2019). Gebelikte fiziksel ve ruhsal şiddet durumunda ebek yaklaşımı. *Haliç Üniversitesi sağlık bilimleri dergisi*, 2(2), 1-14. <https://izlik.org/JA84RK46RJ>
- Çoksezen, D. M. (2025). Cinsel İçerikli Görüntülerin Rıza Dışı Ifşası: Bir Siber Suç Olarak Intikam Pornosu. *Antalya Bilim University Law Review*, 13(26).
- Erdemoğlu, Ç., Karakayalı, Ç., & Özşahin, Z. (2018). Gebelikte psikososyal sağlık düzeyi ve ilişkili faktörler. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(2), 34-46.
- İleri, A., İleri, H., Ata, C., Tosun, G., & Özeren, M. (2020). Adölesan Gebeliklerdeki Maternal ve Fetal Sonuçların Karşılaştırılması Comparison Of Maternal And Fetal Outcomes İn Adolescent Pregnancies. *Bozok Tıp Dergisi*, 10(1), 24-29. <https://Doi.Org/10.16919/Bozoktip.491241>
- İnci, R. (2019). Çalışan kadınlarda şiddet algısı ve bu algıda ekonomik şiddetin yeri. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 3(1), 189-206. <https://doi.org/10.33712/mana.594761>
- Kara, T., Doğan, K., Alyanak, B., & Akaltun, İ. (2017). An Evaluation Of Sociodemographic Characteristics And Pregnancy-Related Psychological Problems İn Pregnant Adolescents. *Ankara Medical Journal*, 17(3), 151-159. <https://Doi.Org/10.17098/Amj.340100>
- Karabulut, K., & Unutkan, A. (2024). Obstetrik Şiddet ve Ebek. *Lokman Hekim Dergisi*, 14(3), 459-469. <https://doi.org/10.31020/mutftd.1476975>
- Kaya, E. (2023). Gebelikte Yakın Partner Şiddetinin Anne-Bebek Sağlığı Üzerine Etkileri: Sistematik Bir Derleme. *DergiPark*.

- Kilci, Ş., Demirel Bozkurt, Ö., & Saruhan, A. (2020). Bir Kadın Hakkı İhlali: Obstetrik Şiddet. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 29(2), 122-128. <https://doi.org/10.17827/aktd.535574>
- Kütük, S. (2012). Adölesan Gebelik Riskleri ve Sorunlar. *Türk Aile Hekimiği Dergisi*, 16, 31-4. <https://doi.org/10.2399/Tahd.12.S031>
- Nüfus Planlaması Hakkında Kanun No. 2827, Madde 5. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2827.pdf>
- Serhatlıoğlu, S. G., & Kaya, N. (2018). Ebelik Hizmetlerinde Adölesan Gebeliklere Etik Yaklaşım. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 503-508. Doi: 10.17681/Hsp.411926
- Shrivastava, S., & Sivakami, M. (2020). Evidence of 'obstetric violence' in India: an integrative review. *Journal of biosocial science*, 52(4), 610-628. <https://doi.org/10.1017/S0021932019000695>
- Solmaz, E., Atalay, T., & Çağan, E. S. (2024). Adölesan Annelerde Öz-Yeterlilik Düzeyi ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Nuh'un Gemisi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 14-24. <https://izlik.org/JA75AZ85FE>
- Şahin, F., & Küçük, L. (2021). Adölesan Gebelerde Kültürel Faktörler ve Distresin, Psikososyal Sağlık Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. *Medical Research Reports*, 4(3), 3-17. <https://izlik.org/Ja95ee83ds>
- Topatan, S., Koç, E., Karakaya, N., & Mumcu, N. (2020). Gebelikte Yaşanan Aile İçi Şiddetin Doğasının İncelenmesi: Nitel Bir Çalışma. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(1), 43-51. <https://doi.org/10.33631/Duzcesbed.560307>
- Torrise, O., Svallfors, S., & Gargiulo, M. (2024). Obstetric violence in the context of community violence: The case of Mexico. *Social science & medicine* (1982), 360, 117348. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117348>
- Türk Ceza Kanunu (Kanun No: 5237), <https://mevzuat.gov.tr/medyugvzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 18.05.2026).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2025). 16-17 Yaş Grubunda Evlenen Kız Çocuğu Sayısı. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?locale=tr> (Erişim Tarihi: 18.05.2026).
- Wallis, N. D., Cadena Camargo, Y., & Krumeich, A. (2024). Adolescent Pregnancy Amongst Displaced Women In Bogota: Playing Between The Barbs Of Structural Violence-A Qualitative Study. *Reproductive Health*, 21(1), 118. <https://doi.org/10.1186/S12978-023-01731-8>
- World Health Organization. (2012). Early Marriages, Adolescent And Young Pregnancies. Report By The Secretariat. (A 65/13). Geneva, Switzerland
- World Health Organization. Adolescent health, overview. Accessed December 15, 2021, at https://www.who.int/health-topics/adolescenthealth#tab=tab_1

- Yılmaz, E., Yazıcı Işıtan, O., Soysal, Ç., Vural Yılmaz, Z., Kara, O. F., & Küçüközkan, T. (2018). The Influence Of Anemia On Maternal And Neonatal Outcomes In Adolescent Pregnant. *Journal Of Surgery And Medicine*, 2(2), 69-73. <https://Doi.Org/10.28982/Josam.393143>
- Yüzügüler, E., Irmak Vural, P., & Yıldırım Varışoğlu, Y. (2023). Gebelikte Yakın Partner Şiddetinin Anne-Bebek Sağlığı Üzerine Etkileri: Sistematik Bir Derleme. *Yöbü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(3), 315-327. <https://Izlik.Org/Ja851c39sc>

Adölesan Dönemde Menstrüel Stresin Yönetiminde Duygusal Özgürleşme Tekniği ve Ebelik Bakımı

Esra Demirci Ecevit¹

Mahizer Elif Aras²

Özet

Adölesan dönem, bireylerin çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine geçiş yaptığı 10-19 yaş aralığını kapsayan hassas bir süreçtir. Adölesanlar bu süreçte fizyolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan gelişim yaşamaktadır. Bu gelişim döneminde özellikle kız adölesanlarda, cinsel olgunlaşmanın gerçekleştiği puberteyle birlikte menstrüel döngü başlamaktadır. Bu döngü; hormonal değişiklikler, beden algısında farklılaşma, kimlik gelişimi, sosyal kabul ihtiyacı, duygusal dalgalanmalar, akademik beklentiler, cinsiyet ve toplumsal roller gibi çok boyutlu stres faktörleriyle kız adölesanlar karşı karşıya kalmaktadır. Stres, bireyin karşılaştığı içsel ya da dışsal uyaranlara verdiği biyopsikososyal bir yanıt olarak tanımlanmaktadır. Adölesanlarda hipotalamik- hipofizer-ovaryan aksın henüz tam olgunlaşmaması nedeniyle; menstrual düzensizlikler, ağrılı menstruasyon ve duygudurum değişiklikleri gibi durumlar ile daha sık karşılaşmakta ve bu duruma karşı verilen yanıtlar daha hassas olabilmektedir. Bu yanıtlar yani stres her adölesan için aynı boyutta değildir bazı adölesanlar bu dönemi bir gelişim süreci olarak algıırken bazı adölesanlarda bilgi eksiklikleri, toplumsal tabular, kültürel inanışlar, verilen büyük sorumluluklar ve roller nedeniyle bu gelişim algısı yerini strese bırakabilmektedir. Menstrüel stres ise menstrüel döngü sürecinde ortaya çıkan dismenore gibi fiziksel belirtilerle birlikte hormonal değişimlere bağlı gelişen duygusal, bilişsel ve davranışsal zorlanmaların bütününe ifade eden psikofizyolojik bir durumdur. Menstrüel stresin yönetiminde non-farmakolojik yöntemlerden olan duygusal özgürleşme tekniği (EFT) kullanımı stresle baş etmede etkili bir yöntemdir. EFT uygulaması sırasında kişi, kendisinde stres oluşturan duygu veya düşünceye odaklanırken

1 Öğr. Gör., Gedik Üniversitesi, esra.ecevit@gedik.edu.tr, 0000-0002-1014-939X

2 Yl. Öğr., Karabük Üniversitesi, a.mahizerelif@gmail.com, 0009-0002-6636-3819

belirlenen enerji noktalarına parmak uçlarıyla vurma hareketi yapmaktadır. Ebelik bakımında EFT'nin bütüncül yaklaşım doğrultusunda ele alınması, adölesanların strese baş etme becerilerinin geliştirilmesine ve menstrüel sağlığın desteklenmesine katkı sağlayabilmektedir.

1. Giriş

Adölesan dönem, bireyin çocukluktan yetişkinliğe geçiş yaptığı önemli bir gelişim sürecidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10–19 yaş aralığını kapsayan bu dönem; fizyolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yoğun olarak yaşandığı kritik bir gelişim evresi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca bu dönem, adölesanların yeni sosyal ilişkiler kurduğu, sosyal uyum ve iletişim becerilerini geliştirdiği ve yaşamlarının ilerleyen dönemlerini etkileyebilecek davranış örüntülerini kazandığı önemli bir süreç olarak değerlendirilmektedir (DSÖ, 2018).

Yetişkinliğe geçişin yaşandığı bu dönemde, özellikle kız adölesanlarda puberte ile başlayan menstrüasyon süreci; hormonal değişiklikler, beden algısındaki farklılaşmalar, kimlik gelişimi, sosyal kabul gereksinimi ve duygusal dalgalanmalar gibi çok sayıda biyopsikososyal değişimi beraberinde getirmektedir. Bununla birlikte adölesanlar yalnızca fizyolojik değişimlere uyum sağlamaya çalışmamakta; aynı zamanda akademik beklentiler, aile ilişkileri, sosyal çevre, toplumsal cinsiyet rolleri ve kültürel normlar gibi çok boyutlu stres faktörleriyle de karşı karşıya kalmaktadır (Akbaş & Yigitoğlu, 2021; Bilgin, 2025).

Adölesan kızlarda pubertal gelişimin en önemli göstergelerinden biri olan menstrüel döngü, aynı zamanda genel sağlık durumunun değerlendirilmesinde önemli bir belirteç olarak kabul edilmektedir. Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]) menstrüel döngünün, kadın üreme sisteminin işleyişini yansıttığını yanı sıra genel sağlık durumunun değerlendirilmesinde de önemli bir gösterge olduğunu belirtmektedir. ACOG, adölesanlarda menstrüel döngünün “vital bulgu” olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamakta; döngünün düzeni, süresi, sıklığı ve eşlik eden semptomların, vital bulgular gibi düzenli olarak izlenmesi gerektiğini ifade etmektedir. Bu durumun hem psikolojik sağlık hem de üreme sağlığı açısından önemli bir gösterge olduğu belirtilmektedir (ACOG, 2015).

Stres, bireyin karşılaştığı içsel ya da dışsal uyaranlara verdiği biyopsikososyal bir yanıt olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2026). Adölesan dönemde bu yanıt daha hassas olabilmekte; hipotalamik-hipofizer-ovaryan aksın henüz tam olgunlaşmamış olması nedeniyle menstrüel düzensizlikler, dismenore ve

duygudurum değişiklikleri gibi durumlarla daha sık karşılaşılabilmektedir. Bu değişiklikler bazı adölesanlar tarafından doğal bir gelişim süreci olarak algılanırken, bazı adölesanlarda bilgi eksikliği, toplumsal tabular ve kültürel inanışlar nedeniyle stres kaynağına dönüşebilmektedir. Bu durum, adölesanların günlük yaşam aktivitelerini ve sosyal işlevselliklerini olumsuz etkileyerek stres düzeylerini artırabilmektedir. Bu nedenle menstrüel süreçlerin değerlendirilmesi yalnızca fizyolojik risk faktörlerinin belirlenmesi açısından değil; aynı zamanda psikolojik ve sosyal risklerin erken dönemde tanımlanabilmesi açısından da önem taşımaktadır. DSÖ de adölesan ruh sağlığını küresel sağlık öncelikleri arasında değerlendirmekte ve bu dönemde ortaya çıkan ruhsal sorunların yaşamın ilerleyen dönemlerine uzanabileceğini vurgulamaktadır (ACOG, 2015; DSÖ, 2025).

Menstrüel strese yönelik yönetim yaklaşımlarında farmakolojik yöntemlerin yanı sıra nonfarmakolojik ve bütüncül uygulamalara olan ilgi giderek artmaktadır. Bu yöntemlerden biri olan Duygusal Özgürleşme Tekniği (Emotional Freedom Techniques [EFT]), bireyin duygu, düşünce ve fiziksel semptomlarına odaklanırken belirli akupresür noktalarına hafif dokunuşlar yapması esasına dayanmaktadır. EFT, bireyin olumsuz duygu ve düşüncelerini fark ederek bunları daha olumlu bilişsel süreçlerle değiştirmesini hedefleyen bir yöntemdir. Aynı zamanda stresin ve duygusal yükün azaltılmasına katkı sağlayan bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. EFT'nin noninvaziv, düşük maliyetli, kolay uygulanabilir ve bireyin aktif katılımını destekleyen bir yöntem olması, adölesan sağlığında kullanım potansiyelini artırmaktadır (Altuntaş & Düzgüner, 2020).

Adölesan sağlığının korunması ve geliştirilmesinde ebeler mesleği önemli bir role sahiptir. Ebeler, adölesan bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini bütüncül bir yaklaşımla değerlendirerek eğitim, danışmanlık ve bakım hizmetleri sunmaktadır. Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives [ICM]), ebelerin özellikle kadın ve adölesan sağlığında koruyucu, destekleyici ve güçlendirici roller üstlendiğini vurgulamaktadır (ICM, 2024). Bu kapsamda menstrüel sağlık eğitiminin verilmesi, stresle baş etme becerilerinin desteklenmesi ve EFT gibi nonfarmakolojik yöntemlerin kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda ebeler bakımına entegre edilmesi, adölesanların menstrüel sağlık süreçlerini daha sağlıklı yönetmelerine katkı sağlayabilmektedir (Patterson, 2016).

2. Adölesan Dönemde Biyopsikososyal Gelişim ve Ruh Sağlığı

Adölesan dönem; çocukluk ile yetişkinlik arasında yer alan, fiziksel büyüme ve cinsel olgunlaşmanın yanı sıra bilişsel, psikolojik ve sosyal değişimlerin

yoğun biçimde yaşandığı önemli bir gelişimsel süreçtir. DSÖ adölesan dönemi “10–19 yaş aralığı” olarak tanımlamakta ve “15–24 yaş aralığı” genç, “10–24 yaş aralığı” ise gençlik olarak tanımlamıştır (DSÖ, 2018). Adölesan dönem erken (10–13 yaş), orta (14–16 yaş) ve geç (17–19 yaş) adölesanlık olmak üzere üç dönemde ele alınmakta Psikososyal açıdan yapılan sınıflandırmaya göre ise adölesan dönem yine üç gruba ayrılır fakat yaş aralığı farklıdır. Adölesan dönem erken (10–13 yaş), orta (14–16 yaş) ve geç (17–21 yaş) tanımlanmıştır. Her döneminde kendine özgü gelişimsel özellikleri bulunmaktadır. Bununla birlikte dönemsel ayırım, bireyin fiziksel olgunlaşma düzeyi, bilişsel gelişim özellikleri ve psikososyal uyum süreçlerindeki farklılıklara dayanmaktadır. Dolayısıyla her evre, adölesanın ruh sağlığı gereksinimlerini ve stresle baş etme biçimlerini farklı düzeylerde etkilemekte; özellikle kız adölesanlarda pubertal gelişim ve menstrüasyon deneyiminin ruh sağlıkları üzerinde büyük etkileri olduğu görülmektedir (Beyaz, 2024; DSÖ, 2018; Parlaz vd., 2012).

2.1. Erken Adölesan Dönem

Erken adölesan dönemde pubertal değişimlerin başlaması ile adölesanlar hızlı yoğun bir fiziksel gelişim sürecinde girmektedir. Bu dönemde kız adölesanlarda memelerde büyüme, hızlı boy uzaması, kilo artışı görülmektedir. Aynı zamanda cinsel organların çevresinde, kasık bölgesinde, koltuk altı gibi bölgelerde tüy ve kıl oluşumu görülmektedir. Bu dönemin en belirgin belirtisi menarş (ilk menstrüel kanama) ile menstrüel döngünün başlamasıdır. Bu döngünün başlaması biyolojik bir süreç olduğu kadar psikososyal bir gelişim süreci olduğu vurgulanmaktadır (Parlaz vd., 2012; Telzer vd., 2025). Çoğu toplumlarda menstrüasyon kadınlığa geçişin sembolü olarak algılanır ve adölesanlara cinsiyet rolleri, toplumsal roller yüklenmeye başlanır. Fakat erken adölesanlık döneminde henüz bilişsel gelişimleri henüz tamamlanmadığı için yaşadıkları bedensel gelişimi, verilen kadınlık rolleri gibi değişiklikleri anlamlandırmaları güç olabilmektedir. Bu güçlük özellikle menarş deneyimlerinde korku, utanma, endişe ve stres gibi emosyonel tepkilerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir. Ayrıca menstrüasyona ilişkin yanlış bilgiler, kültürel tabular ve yetersiz sağlık eğitimi, sürecin daha olumsuz algılanmasına neden olarak menstrüel stres düzeyini artırabilmektedir (Beyaz, 2024; Telzer vd., 2025).

2.2. Orta Adölesan Dönem

Orta adölesan dönemde pubertal değişimlerin belirginleşmesiyle birlikte bedensel görünüm, hormonal yapı ve nörobilişsel işlevlerde önemli farklılaşmalar meydana gelmektedir. Özellikle kız adölesanlarda meme gelişiminin tamamlanmaya yaklaşması, yağ dağılımındaki değişiklikler ve

menstrüel döngünün düzen kazanmaya başlaması; bireyin beden algısını, öz yeterlilik algısını ve duygusal uyumunu doğrudan etkileyebilmektedir (Bilgin, 2025). Bedensel değişimlerin hız kazanması, adölesanın kendisini sosyal çevresiyle karşılaştırmasına neden olurken dış görünüşe yönelik hassasiyetin artması, sosyal medya, toplumsal güzellik algıları, akran karşılaştırmaları, beden memnuniyetsizliği gibi faktörler psikolojik stres düzeyini artırabilmekte ve bu faktörler toplumsal beklentilerle birleştğinde benlik saygısında kırılganlığa yol açabilmekte, öz güven eksikliklerine sebep olabilmektedir (Beyaz, 2024; Telzer vd., 2025).

Bu dönemde bilişsel gelişim açısından soyut düşünme becerileri güçlenmekte, birey olayları çok yönlü değerlendirebilmekte ve geleceğe yönelik düşünce geliştirmeye başlamaktadır. Bununla birlikte emosyonel kontrol mekanizmalarının henüz tam olgunlaşmamış olması nedeniyle duygu durum değişiklikleri sık görülebilmekte ve adölesanın ruh sağlığını etkilemektedir (Bilgin, 2025). Orta adölesan dönem psikolojik kırılganlığın arttığı bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Bu dönemde hormonal değişimler, akademik beklentiler, sınav stresi, sosyal baskılar, kendi kimliğini bulma arayışı, bağımsızlık isteme, kendine ait meslek arayışı, gibi etkenler sonucunda stres, anksiyete ve depresif duygu durum gelişme riski vardır. Bu nedenlerle adölesanlar için psikososyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, sağlıklı baş etme yöntemlerinin kazandırılması ve adölesanların ruh sağlığının bütüncül yaklaşımla ele alınması önem taşımaktadır (Beyaz, 2024).

2.3. Geç Adölesan Dönem

Geç adölesan dönem, bireyin hem fiziksel hem de psikososyal açıdan yetişkinliğe geçiş sürecinin büyük ölçüde tamamlandığı gelişim evresi olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde pubertal gelişim genellikle tamamlanmakta olup adölesan bireylerin bedeni erişkin görünümüne yaklaşılmaktadır. Boy uzaması büyük ölçüde durmakta ve üreme sistemi fonksiyonel olgunluğuna ulaşmaktadır. Kız adölesanlarda genellikle menstrüel döngü düzenli hale gelirken, dismenore (menstrüel dönemde görülen kramp tarzı ağrı) ve premenstrüel (menstrüel kanama öncesi) belirtilerin görülme durumu bireysel farklılıklara göre değişebildiği görülmektedir (Bilgin, 2025). Genellikle bedensel değişimlerin stabil hale gelmesi ile adölesanlarda beden algısı daha gerçekçi ve bütüncül bir düşünceye dönüşmektedir. Bununla birlikte adölesanlar bu dönemde benlik değerlendirmesini sadece fiziksel görünümleri üzerinden yapmamakta daha çok kimlik, başarı, sosyal roller, değerler ve geleceğe yönelik hedefler üzerinden yaptıkları görülmektedir (Beyaz, 2024; Telzer vd., 2025).

Geç adölesan dönemine bilişsel açıdan bakıldığında soyut düşünme yeteneği önceki dönemlere göre daha da güçlenmekte, problemi çözme becerileri artmakta ve geleceğe yönelik uzun vadeli plan yapabilme yetkinliği kazandıkları görülmektedir. Bu dönemde prefrontal korteks gelişiminin devam etmesiyle birlikte yürütücü işlevlerde belirgin bir olgunlaşma görülmekte; dürtü kontrolü artmakta, daha gerçekçi kararlar verebilecek hale gelmektedirler (Bilgin, 2025). Aynı zamanda kimlik gelişimi büyük ölçüde netleşmeye başlamakta; mesleki yönelimlerini belirlemekte, değer sistemlerini yapılandırmakta ve hayata dair hedeflerini şekillendirmeye başlamaktadırlar. Genellikle aileye karşı psikolojik olarak bağımlılık hissi azalırken, ilişki ve arkadaşlıklarda seçicilik, duygusal derinlik ve kalıcılık gibi istekler artmaktadır (Beyaz, 2024).

Psikososyal açıdan bakıldığında ise duygusal regülasyon becerileri güçlenir ve stresle baş etme kapasitesi artar. Ancak akademik gelecek kaygısı, meslek seçimi ve sosyal beklentileri gibi psikolojik baskılar bireylerde anksiyete ve stres düzeyini yükseltebilmektedir. Bunun yanı sıra menstrüel semptomlar bu dönemde daha iyi yönetilebilmekte, yoğun yaşam temposu ve stres gibi faktörler semptom algısını arttırılabilmektedir (Parlaz vd., 2012; Akbaş & Yiğitoğlu, 2021; Beyaz, 2024). Ruh sağlığı açısından bakıldığında da bu dönemde psikolojik dayanıklılığın artmakta olduğu bir dönemdir. Ancak yetişkinlik dönemindeki sorumlulukların yarattığı baskıların yoğun olabilmesi sebebi ile destek ihtiyacı bu dönemde de devam edebilmektedir. Bu sebeple bu dönemde adölesanların hem bağımsızlığını destekleyip hem de gerektiğinde psikososyal destek sağlayan yaklaşımlar önem taşımaktadır (Beyaz, 2024).

3. Menstrüel Döngü ve Menstrüel Stres

3.1. Menstrüel Döngü

Menstrüel döngü, kadın üreme sisteminde hipotalamus, hipofiz bezi ve overler yani yumurtalıklar arasında oluşan hormonal etkileşimler sayesinde düzenli olarak gerçekleşen fizyolojik döngüdür. Bu döngü fertilite diye adlandırılan üreme yeteneğinin sürdürülmesi amacı ile overlerde oluşan oosit yani yumurta hücresinin gelişimini sağlamakta aynı zamanda rahim içi tabaka olan endometriumu, olası bir gebelik oluşumuna hazırlamakta bununla birlikte üreme sağlığı ve nüfus açısından önemli rol oynamaktadır. (Itriyeve, 2022)

Normal bir menstrüel döngü, menstrüel kanamanın ilk gününden bir sonraki menstrüel kanamanın başlangıcına kadar geçen süreyi ifade etmekte olup ortalama 28 gün sürmekte ancak 21 ve 35 gün arasındaki döngülerde normal sınırlarda kabul görülmektedir. (Bernal & Paolieri, 2022). Menstrüel döngü: Menstrüel faz, foliküler faz, ovulasyon ve luteal fazdan oluşmaktadır. (Bernal & Paolieri, 2022; Itriyeve, 2022).

Menstrüel Faz: Endometriumun hormon seviyelerinin düşmesine bağlı olarak dökülmesiyle oluşan kanama dönemidir. Bu faz, döngünün ilk günü olarak kabul edilir ve genellikle 3–7 gün sürer (Bernal & Paolieri, 2022).

Foliküler Faz: Menstrüel faz ile eş zamanlı başlayarak ovulasyona kadar devam eder. Foliküler fazda FSH etkisiyle folikül gelişimi sağlanırken artan östrojen düzeyi endometriumu kalınlaştırmaktadır (Bernal & Paolieri, 2022).

Ovulasyon: Ovulasyon süreci genellikle 28 günlük döngünün orta dönemine denk gelmekte ve fertilitenin en yüksek olduğu dönem olarak görülmektedir. Ovulasyon, luteinizan hormon (LH: yumurtlamayı tetikleyen hormon) düzeyindeki ani yükselme sonucu olgun oositin overden salınmaktadır. Ovulasyon süreci sadece kısa bir an olmamakla birlikte LH hormonunun pik yapması ile başlayan yaklaşık 24-36 saatlik bir biyolojik zaman dilimi olarak kabul edilmektedir. Bu süreçte olgun folikül çatlamakta oositler fallop tüplerine taşınmakta ve tüplerde döllenme gerçekleşebilsin diye canlılığını koruyarak beklemektedir. Eğer döllenme gerçekleşmezse luteal fazda dökülmektedir (Bernal & Paolieri, 2022).

Luteal Faz: Ovulasyon sonrası dönemi kapsar ve yaklaşık 12–14 gün sürer. Bu fazda korpus luteumdan (yumurtlama sonrası oluşan geçici endokrin yapı) progesteron hormonu salgılanır. Progesteron, endometriumun gebeliğe hazırlanmasını sağlayan sekresyon fazını yani salgılanmayı destekler. Gebelik oluşmadığında progesteron ve östrojen düzeyleri düşer ve endometrium dökülerek menstrüel faz başlar. Böylelikle menstrüel döngü yeniden başlar (Bernal & Paolieri, 2022).

3.1.1. Adölesan Dönemde Menstrüel Döngü

Adölesan dönemde menstrüel döngünün düzenlenmesinden sorumlu olan hipotalamus-hipofiz-over aksının (üreme hormonlarını düzenleyen sistem) tam olarak olgunlaşmamış olması nedeniyle anovulatuvar döngüler (yumurtlamanın gerçekleşmediği döngüler) ve düzensiz menstrüel kanamalar sık görülebilmektedir. Özellikle menarştan sonraki ilk yıllarda döngü süresi, kanama miktarı, menstrüel semptomlar ve kanama aralıklarında değişkenlik gözlenebilmektedir (ACOG, 2015). Hormonal değişimlerin yoğun olarak yaşandığı bu menstrüel dönemde adölesan bireylerde emosyonel hassasiyet (duygusal duyarlılık), kolay sinirlenme, ağrı, yorgunluk, duygu durum değişiklikleri ve günlük aktivite kısıtlılığı gibi semptomlar adölesanların yaşam kalitesini, okul performansını ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyebilmekte menstrüel stres düzeyinde artışa neden olabilmektedir. Bu nedenle menstrüel döngünün fizyolojik özelliklerinin bilinmesi, adölesan dönemde görülen

menstrüel stresin anlaşılması ve uygun bakım girişimlerinin planlanması açısından önem taşımaktadır (Beyaz, 2024).

3.2. Menstrüel Stres

Menstrüel stres, menstrüel döngü sürecinde ortaya çıkan dismenore gibi fiziksel belirtiler ile hormonal değişimlere bağlı gelişen duygusal, bilişsel ve davranışsal zorlanmaların bütünüdür ifade eden psikofizyolojik bir durumdur. Bu durum yalnızca biyolojik ve fizyolojik süreçlerle sınırlı olmayıp; bireyin ağrı algısı, stresle baş etme becerileri, psikososyal çevresi ve menstrüasyona yüklediği anlamlarla da yakından ilişkilidir (Collins vd., 1985).

Menstrüel stresin temel fizyolojik mekanizmalarından biri prostaglandin düzeylerindeki artıştır. Endometriumdan salınan prostaglandinler uterin kas kontraksiyonlarını artırarak özellikle primer dismenorenin gelişiminde rol oynamaktadır. Bu durum, menstrüel dönemde stres düzeyinin artmasına katkı sağlayabilmektedir. Menstrüel stres sürecinde alt abdominal ağrı, bel ağrısı, bulantı, sinirlilik, gerginlik, emosyonel hassasiyet, yorgunluk, uyku problemleri, konsantrasyon güçlüğü, baş ağrısı ve iştah değişiklikleri gibi çeşitli semptomlar görülebilmektedir. Fiziksel semptomların şiddeti arttıkça bireyin stres düzeyinin de paralel biçimde yükseldiği ve bunun psikolojik yükü artırdığı bildirilmektedir (Ossewaarde vd., 2010).

Hormonal dalgalanmalar da menstrüel stresin önemli belirleyicilerinden biridir. Östrojen ve progesteron düzeylerindeki değişimler merkezi sinir sistemi üzerinde etkili olmakta ve duygu durum düzenlenmesini etkileyebilmektedir. Bu değişimlere bağlı olarak irritabilite, stres, anksiyete ve emosyonel hassasiyet gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle menstrüel dönem yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda duygusal açıdan da hassas bir süreç olarak değerlendirilmektedir (Collins vd., 1985).

Menstrüel stresin bilişsel boyutu da göz ardı edilmemelidir. Bireyin menstrüel döngüye ilişkin inançları ve algıları stres düzeyini doğrudan etkileyebilmektedir. Menstrüasyonun olumsuz, kontrol edilemeyen ya da utanç verici bir süreç olarak algılanması stres düzeyini artırırken; bunun doğal ve fizyolojik bir süreç olarak kabul edilmesi baş etme becerilerini güçlendirebilmektedir. Bu nedenle adölesanlara sağlık profesyonelleri tarafından uygun baş etme yöntemlerinin öğretilmesi önem taşımaktadır (Ossewaarde vd., 2010; Patterson, 2016).

3.2.1. Adölesan Dönemde Menstrüel Stres

Adölesan dönem, bireyin gelişiminde kritik bir evre olarak kabul edilmekte olup bu dönemde menstrüel stres biyopsikososyal dengenin önemli belirleyicilerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Menstrüel stres

yaşayan bireyler, yaşamın beklenti ve sorumluluklarını yerine getirmede kendilerini yetersiz hissedebilmekte ve bu yetersizlik algısıyla baş etmekte zorlanabilmektedir. Biyolojik açıdan ise bu durum; henüz tam olgunlaşmamış hipotalamus-hipofiz-over aksı ile otonom sinir sistemi tarafından düzenlenen karmaşık stres mekanizmalarıyla ilişkilendirilmektedir (Jain vd., 2023; Liu vd., 2025). Menstrüasyon; günlük kaygılar, uyku sorunları ve depresif semptomlar gibi faktörlerle karşılıklı etkileşim içerisinde olup hipotalamus-hipofiz-over aksı ile stres aksları arasında çift yönlü bir mekanizmayı tetiklemektedir (Jain vd., 2023). Yapılan çalışmalarda, östrojen düzeylerinin en düşük olduğu geç luteal ve menstrüel fazlarda algılanan stres düzeyinin arttığı ve bu döngüsel hormonal değişimlerin kadın ruh sağlığı üzerinde önemli etkiler oluşturduğu bildirilmektedir (Handy vd., 2022; Jain vd., 2023).

Çin'in Shenzhen kentinde 10–19 yaş arasındaki 1449 adölesan kız öğrenci ile gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların %72'sinin dismenore deneyimlediği ve stresle baş etme becerisinin ağır riskiyle doğrudan ilişkili olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre stres yönetiminde orta düzeyde güçlük yaşayan adölesanların primer dismenore yaşama olasılığı 1,66 kat; ciddi düzeyde güçlük yaşayanların ise 1,97 kat artmaktadır. Bu bulgular, algılanan stres düzeyi ile menstrüel semptomların, özellikle primer dismenorenin şiddeti arasında doğrusal bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ayrıca menstrüel ağrının yalnızca fiziksel bir durum olmayıp aynı zamanda psikolojik stres kaynağı olduğunu ortaya koymaktadır (Liu vd., 2025).

Ülkemizde Sakarya'da sağlık meslek liselerinde öğrenim gören 542 adölesan öğrenci ile gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmada ise katılımcıların yaklaşık yarısında (%49,8) menstrüel baş ağrısı öyküsü olduğu belirlenmiştir. Algılanan Stres Ölçeği kullanılarak yapılan değerlendirmelerde, menstrüel baş ağrısı yaşayan öğrencilerin stres puanlarının ağır yaşamayan akranlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, menstrüel baş ağrısının yalnızca hormonal değişimlerin sonucu olmadığını; aynı zamanda bireyin algıladığı psikolojik stres ile etkileşim halinde olan biyopsikososyal bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir (Sevimli Güler vd., 2020).

Diğer çalışmalarda ise adölesanların maruz kaldığı yoğun stresörlerin yalnızca ruhsal iyilik halini değil; aynı zamanda beslenme alışkanlıkları ve fiziksel semptomlar üzerinde de etkili olduğu belirtilmektedir. Özellikle stres durumlarında enerji yoğun ve şekerli gıdalara yönelimin artmasının obezite riskini tetikleyebileceği vurgulanmaktadır (Akbaş & Yiğitoğlu, 2021). Bu bulgular doğrultusunda menstrüel stresin yalnızca tek boyutlu bir durum olmadığı; fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçları bulunan çok boyutlu bir sağlık sorunu olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle menstrüel stresle baş etme

yöntemlerinin adölesanlara öğretilmesi ve gerekli izlemlerin sağlanması önem taşımaktadır (Sevimli Güler vd., 2020; Akbaş & Yiğitoğlu, 2021; Handy vd., 2022; Jain vd., 2023; Liu vd., 2025).

Bazı toplumlarda menstrüasyonun “ayıp”, “kirli”, “utanılması gereken” ya da “saklanması gereken” bir durum olarak değerlendirilmesi, adölesan kızların menstrüasyona yönelik olumsuz tutum geliştirmelerine neden olabilmektedir. Kültürel tabular, toplumsal baskılar ve yanlış inanışlar nedeniyle birçok adölesan, menstrüasyonu doğal bir fizyolojik süreçten ziyade gizlenmesi gereken bir durum olarak algılayabilmektedir. Bu durum, genç kızların bedenlerini kabul etmelerini zorlaştırmakta; olumsuz benlik algısı geliştirmelerine ve bedenlerinden utanmalarına yol açabilmektedir (Özkan vd., 2015; Vargün, 2021).

Özellikle menstrüasyon hakkında açık iletişimin kurulamadığı aile ve toplum yapılarında adölesanlar, yaşadıkları fiziksel ve emosyonel değişimleri anlamlandırmakta güçlük çekebilmekte; stres, kaygı ve korku yaşayabilmektedir (Vargün, 2021). Ayrıca okul ortamında hijyen olanaklarının yetersiz olması, akran zorbalığı korkusu, menstrüasyonun fark edilmesine ilişkin kaygılar ve sosyal damgalanma endişesi de stres düzeyini artırabilmektedir (Özkan vd., 2015). Bu nedenle menstrüasyona yönelik toplumsal farkındalığın artırılması, doğru sağlık eğitiminin verilmesi ve adölesanların psikososyal açıdan desteklenmesi büyük önem taşımaktadır. Kadın sağlığını bütüncül bir yaklaşımla ele alan ebelik bakımında; menstrüasyona ilişkin yanlış inanışların düzeltilmesi, beden olumlamasının desteklenmesi ve adölesanların güvenli iletişim ortamlarında duygularını ifade etmelerine olanak sağlanması ruh sağlığının korunması açısından önemli bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir (Özkan vd., 2015; Vargün, 2021).

4. Duygusal Özgürleşme Tekniği (DÖT)

Duygusal Özgürleşme Tekniği (Emotional Freedom Techniques [EFT]), bireylerin yaşadığı stres, kaygı, korku ve olumsuz duygusal deneyimlerle baş etmelerine yardımcı olmak amacıyla kullanılan tamamlayıcı ve bütüncül bir yöntemdir. Gary Craig tarafından geliştirilen EFT; bilişsel davranışçı terapi, maruz bırakma terapisi, somatik farkındalık ve akupresür uygulamalarının birleşiminden oluşan enerji temelli bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (Craig & Fowlie, 1995; Vural & Aslan, 2018). Geleneksel Çin tıbbındaki meridyen sistemine dayanan bu yaklaşım, bedende var olduğu kabul edilen enerji akışındaki dengesizliklerin fiziksel ve psikolojik sorunlarla ilişkili olduğunu ileri sürmektedir (Yazar vd., 2025).

EFT uygulaması sırasında birey, kendisinde stres oluşturan duygu, düşünce ya da fiziksel semptomu odaklanırken eş zamanlı olarak belirli enerji noktalarına parmak uçlarıyla ritmik vurma hareketleri uygulamaktadır. Bu süreçte kullanılan olumlu kabul ifadelerinin bireyin duygu durumunu düzenlemeye, stres düzeyini azaltmaya ve psikolojik rahatlama sağlamaya katkıda bulunduğu düşünülmektedir (Craig & Fowlie, 1995; Vural & Aslan, 2018).

Son yıllarda özellikle psikolojik stresin azaltılması, duygu düzenleme becerilerinin desteklenmesi ve bireyin öz iyi oluşunun artırılması amacıyla EFT'ye yönelik ilgi giderek artmaktadır. Yöntemin kolay uygulanabilir, düşük maliyetli, noninvasif olması ve herhangi bir tıbbi girişim gerektirmemesi; farklı yaş gruplarında ve çeşitli sağlık alanlarında kullanımını desteklemektedir (Church vd., 2022; Vural & Aslan, 2018; Yazar vd., 2025). Ayrıca bireyin aktif katılımını teşvik etmesi ve kendi kendine uygulanabilen bir yöntem olması, EFT'nin stres yönetiminde destekleyici bir yaklaşım olarak değerlendirilmesine katkı sağlamaktadır.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda EFT'nin stres, anksiyete, depresyon, travma sonrası stres belirtileri, kronik ağrı ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler gösterebildiği bildirilmektedir (Church vd., 2022). Özellikle adolesan dönemde görülen yoğun emosyonel değişimler, stres yükü ve beden algısına ilişkin hassasiyetler göz önünde bulundurulduğunda; EFT'nin güvenli, uygulanabilir ve destekleyici bir yöntem olarak kullanılabileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda EFT'nin adolesanların menstrüel stresle baş etme becerilerini desteklemede potansiyel bir nonfarmakolojik yaklaşım olduğu değerlendirilmektedir.

4.1. Duygusal Özgürleşme Tekniği (EFT) Uygulama Basamakları

EFT yönteminin menstrüel stres için uygulama basamakları genel hatları ile aşağıda verilmiştir (Vural & Aslan, 2018; Çuvadar & Özcan, 2026).

1. Sorunun Tanımlanması: EFT uygulamasının ilk aşamasında menstrüel stres ile ilişkili temel duygu, düşünce veya fiziksel rahatsızlık belirlenir. Bu süreçte bireyin menstrüel döneminde yaşadığı stres, gerginlik, kaygı, huzursuzluk, duygusal hassasiyet, sinirlilik, yorgunluk veya bedensel rahatsızlıklar üzerinde odaklanılır. Sorunun açık şekilde tanımlanması, uygulamanın etkili yürütülmesi açısından önem taşımaktadır (Vural & Aslan, 2018).

2. Semptom Şiddetinin Değerlendirilmesi: Bu basamakta rahatsızlık düzeyi 0 ile 10 arasında puanlanmaktadır. "0" hiçbir rahatsızlık hissedilmediğini, "10" ise rahatsızlığın en yoğun düzeyde yaşandığını göstermektedir. Bu değerlendirme, uygulama öncesi ve sonrası değişimin gözlenmesini sağlamak açısından önemlidir (Vural & Aslan, 2018).

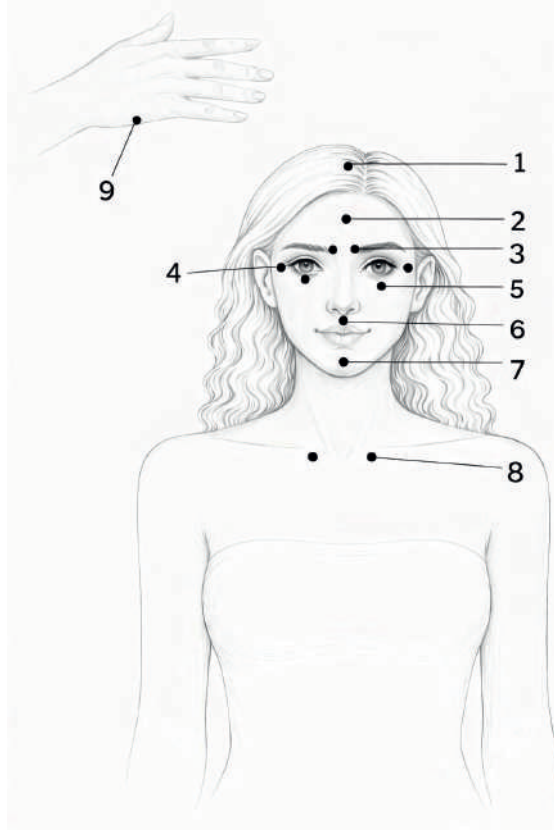
3. Hazırlık İfadesinin Oluşturulması: Hazırlık aşamasında birey, karate vuruş noktasına (elin dış yan kısmı) hafifçe vururken kabul temelli bir hazırlık ifadesini üç kez tekrar eder. Hazırlık ifadeleri, bireyin yaşadığı olumsuz duygu veya semptomu kabul etmesini ve kendine karşı şefkat geliştirmesini amaçlamaktadır (Vural & Aslan, 2018).

Menstrüel strese yönelik hazırlık ifadeleri şu şekilde yapılandırılabilir:

- “Bu menstrüel stresi yaşıyor olsam da kendimi derinden ve tamamen kabul ediyorum.”
- “Menstrüel dönemde yoğun gerginlik hissetsem de bedenime anlayış göstermeyi seçiyorum.”
- “Bu kaygı ve stres hissine rağmen kendimi sakin ve güvende hissetmeyi seçiyorum.”

Bu ifadeler duruma ve bireylere göre değiştirilmektedir. Bu aşamada olumlama ifadeleri de kullanılmaktadır. Olumlamalar, bireyin beden algısını güçlendirmeye, stresle baş etme becerisini desteklemeye ve duygusal rahatlama sağlamaya yardımcı olmaktadır (Vural & Aslan, 2018).

4. Vuruş Dizisinin Uygulanması: Hazırlık aşamasının ardından standart EFT vuruş dizisi uygulanır. Bu süreçte birey, belirlenen menstrüel stres semptomuna odaklanırken iki parmak (işaret ve orta parmak) ucu ile belirli noktalara hafif şekilde yaklaşık 5–7 kez vurur. Vuruş sırasında kısa hatırlatma ifadeleri kullanılmaktadır. Bu ifadeler arasında: “Bu stres”, “Bu gerginlik”, “Bu kaygı”, “Bu duygusal baskı”, “Bu huzursuzluk hissi” gibi cümleler yer alabilmektedir (Vural & Aslan, 2018).



Vuruş dizisi: (Çuvadar & Özcan, 2026)

1-Başın tepesi, 2-Alnın orta noktası, 3-Kaş noktası, 4-Göz kenarı, 5-Göz altı, 6- Burun altı, 7-Çene noktası, 8-Köprücük kemiği, 9-Karate vuruş noktası

5. Yeniden Değerlendirme: Vuruş dizisinin tamamlanmasının ardından menstrüel stres düzeyi yeniden değerlendirilir. Aynı 0–10 puan kullanılarak yapılan bu değerlendirme ile semptom şiddetindeki değişim belirlenmektedir. Stres düzeyindeki azalma, EFT uygulamasının etkinliğini göstermektedir (Vural & Aslan, 2018).

6. Tekrarlama: Semptom şiddetinde yeterli düzeyde azalma sağlanmadığında EFT vuruş dizisi tekrar uygulanabilmektedir. Seanslar, bireyin stres düzeyinde belirgin rahatlama hissedilene kadar sürdürülebilmektedir (Vural & Aslan, 2018).

7. Seans Sonrası Duygusal Değerlendirme: Uygulama sonrasında bireyin yaşadığı duygu ve düşünceleri ifade etmesi teşvik edilmektedir. Menstrüel stres yaşayan adölesanlarda sıklıkla gerginlik, kaygı, duygusal baskı, yetersizlik

hissi, öfke, huzursuzluk ve çaresizlik gibi duygular gözlenebilmektedir. EFT uygulaması sonrasında ise gevşeme, rahatlama, sakinleşme ve duygusal hafifleme gibi olumlu geri bildirimler bildirilmektedir (Vural & Aslan, 2018; Çuvadar & Özcan, 2026).

4.2. Adölesan Dönemde Duygusal Özgürleşme Tekniği (EFT)

Adölesan dönemde menstrüel döngüye bağlı olarak ortaya çıkan emosyonel değişimler ve stres, genç kızların ruh sağlığını önemli ölçüde etkileyebilmektedir (ACOG, 2015; DSÖ, 2025). Bu olumsuz etkilerin azaltılmasında EFT, yetişkin bireylerde olduğu gibi adölesanlar için de güvenli, kolay öğrenilebilen ve bireyin kendi kendine uygulayabileceği nonfarmakolojik bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. EFT üzerine gerçekleştirilen çalışmalar, bu yöntemin özellikle adölesan ve genç yetişkin kadınların menstrüel sağlığı üzerinde olumlu etkiler sağlayabildiğini göstermektedir (Church vd., 2022; Özşahin, 2025; Sevimli Güler vd., 2020; Vural & Aslan, 2018; Yazar vd., 2025).

Özşahin (2025) tarafından yürütülen ve 78 öğrencinin katıldığı bir çalışmada, EFT uygulanan deney grubunun Premenstrüel Sendrom (PMS) toplam puanları ile depresif ruh hali, anksiyete ve yorgunluk gibi tüm alt boyut puanlarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde azalma olduğu belirlenmiştir. Çalışmada EFT uygulanan grubun PMS toplam puan ortalaması $76,8 \pm 30,1$ 'e gerilerken, kontrol grubunun puan ortalaması $127,4 \pm 34,6$ olarak saptanmıştır ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir. Aynı araştırmada, bireylerin duygusal iyi oluş düzeyini yansıtan Subjektif Deneyim Birimi (SUE) puanlarının deney grubunda belirgin biçimde arttığı görülmüştür (7,8'e karşı 0,5).

Yazar ve arkadaşları (2025) tarafından gerçekleştirilen başka bir randomize kontrollü çalışmada ise üç ay boyunca uygulanan üç seanslık EFT protokolünün, PMS şiddeti ile ağrı düzeyini kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde azalttığı gösterilmiştir. Benzer şekilde Patterson (2016) tarafından hemşirelik öğrencileri üzerinde yürütülen pilot çalışmada, EFT uygulamasının Algılanan Stres Ölçeği (PSS) puanlarında %23,8; durumluk anksiyete puanlarında ise %34,2 oranında azalma sağladığı bildirilmiştir. Bu bulgular, EFT'nin yalnızca emosyonel stres üzerinde değil, akademik stres ve somatik semptomlar üzerinde de olumlu etkiler oluşturabileceğini göstermektedir.

EFT'nin yalnızca menstrüel stres ve kaygı gibi psikolojik boyutlarda değil, aynı zamanda menstrüel ağrı üzerinde de etkili olabileceğine ilişkin bulgular bulunmaktadır. Çuvadar ve Özcan (2026) tarafından yürütülen randomize kontrollü bir çalışmada, iki seanslık EFT uygulamasının Menstrüel Semptom Ölçeği (MSÖ) toplam puanlarında ve özellikle negatif etkiler/

somatik şikâyetler alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma sağladığı belirlenmiştir. Müdahale sonrasında katılımcıların Görsel Analog Skala (VAS) ile değerlendirilen ağrı şiddetinde belirgin bir düşüş gözlenirken, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği sonuçlarına göre fiziksel fonksiyon ve genel sağlık algısı parametrelerinde de kontrol grubuna kıyasla anlamlı iyileşmeler saptanmıştır.

Benzer şekilde Desoky ve arkadaşları (2023) tarafından 161 hemşirelik öğrencisi ile yürütülen yarı deneysel bir çalışmada, EFT uygulamasının primer dismenore şiddeti üzerindeki etkisi incelenmiş ve müdahale sonrasında VAS puanlarında %15,2 oranında anlamlı azalma olduğu bildirilmiştir (Desoky vd., 2023).

5. Ebelik Bakımı

Ebeler, kadın sağlığı ve üreme sağlığının korunması ve geliştirilmesinde, özellikle adölesan kızların menstrüel süreçte yaşadığı biyopsikososyal sorunların yönetiminde önemli bir role sahiptir. Birincil dismenore ve premenstrüel sendrom (PMS) gibi durumlarda sunulan ebelik bakımı yalnızca fiziksel semptomların hafifletilmesini değil; aynı zamanda bireyin yaşam kalitesinin, psikolojik iyilik halinin ve duygusal refahının desteklenmesini amaçlayan bütüncül bir yaklaşımı içermektedir. Bu doğrultuda Duygusal Özgürleşme Tekniği (EFT), noninvasiv, yan etkisi bulunmayan, düşük maliyetli ve kolay uygulanabilir yapısıyla ebelik uygulamalarına entegre edilebilecek etkili nonfarmakolojik yöntemlerden biri olarak değerlendirilmektedir (Altuntaş & Düzgüner, 2020; Beyaz, 2024; Çuvadar & Özcan, 2026; Vural & Aslan, 2018).

Literatürde yer alan çalışmalar, ebe rehberliğinde uygulanan kısa süreli EFT seanslarının menstrüel ağrı şiddetini azaltabildiğini, PMS semptom skorlarında iyileşme sağlayabildiğini ve bireylerin fiziksel fonksiyon düzeylerini destekleyebildiğini göstermektedir (Desoky vd., 2023; Özşahin, 2025; Yazar vd., 2025). Bununla birlikte EFT'nin klinik uygulamalarda veya eğitim oturumlarında destekleyici bir yöntem olarak kullanılması, adölesanların menstrüel döngüye ilişkin olumsuz algılarının azaltılmasına ve üreme sağlığına yönelik daha olumlu tutum geliştirmelerine katkı sağlayabilmektedir (Çuvadar & Özcan, 2026).

Ebelik bakımının temel ilkelerinden biri, bireyin kendi sağlığı üzerinde kontrol sahibi olmasını desteklemek ve öz bakım becerilerini güçlendirmektir. EFT'nin adölesanlara bir öz bakım yöntemi olarak öğretilmesi, stresli ve ağrılı durumlarda bireyin kendi kendine baş etme becerilerini geliştirmesine katkıda bulunabilmektedir. Bu durumun adölesanların öz yeterlik algısını ve psikolojik dayanıklılığını destekleyebileceği bildirilmektedir (Patterson, 2016).

Ayrıca EFT'nin stres düzeyini azaltmaya yönelik etkileri sayesinde bireyin hem fiziksel hem de duygusal gereksinimlerinin birlikte ele alınmasına olanak sağlayabileceği düşünülmektedir.

EFT'nin ebelik bakım planlarına dahil edilmesi; menstrüel semptomlara bağlı okul devamsızlığının azaltılması, akademik performansın desteklenmesi, sosyal işlevselliğin güçlendirilmesi ve genel sağlık algısının iyileştirilmesi açısından da önem taşımaktadır (Çuvadar & Özcan, 2026). Bu bağlamda kanıta dayalı ebelik uygulamaları kapsamında yürütülen EFT girişimlerinin, farmakolojik yöntemlere destekleyici olarak kullanılabilecek güvenli, erişilebilir ve birey merkezli bir bakım yaklaşımı sunduğu değerlendirilmektedir (Özşahin, 2025; Yazar vd., 2025).

Sonuç olarak literatür incelendiğinde, adölesan dönemde menstrüel stresin bireyin yaşamını fiziksel, duygusal ve sosyal boyutlarda etkileyebilen önemli bir sağlık sorunu olduğu görülmektedir. Bu dönemde ortaya çıkan ağrı, gerginlik, kaygı ve duygu durum değişiklikleri; adölesanların günlük yaşam aktivitelerini, akademik performanslarını, sosyal ilişkilerini ve psikososyal uyum süreçlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Akbaş & Yiğitoğlu, 2021; DSÖ, 2025).

6. Sonuç

Adölesan dönem, biyolojik olgunlaşma ile birlikte psikolojik ve sosyal değişimlerin yoğun biçimde yaşandığı hassas bir gelişim sürecidir. Bu dönemde başlayan menstrüel döngü; hormonal değişimler, beden algısındaki farklılaşmalar, toplumsal beklentiler ve akademik baskılar ile birleşerek adölesan kızlarda menstrüel stresin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Menstrüel stres; yalnızca fiziksel semptomlarla sınırlı kalmayan, bireyin ruh sağlığını, günlük yaşam aktivitelerini, sosyal ilişkilerini ve akademik performansını etkileyen çok boyutlu bir sağlık sorunudur. Literatürde yer alan bulgular, Duygusal Özgürleşme Tekniği'nin (EFT) menstrüel ağrı, premenstrüel semptomlar, algılanan stres ve emosyonel yük üzerinde olumlu etkiler sağlayabildiğini göstermektedir. Noninvaziv, düşük maliyetli ve kolay uygulanabilir bir yöntem olması nedeniyle EFT'nin adölesan sağlığında destekleyici bir nonfarmakolojik yaklaşım olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda ebelerin; adölesanların menstrüel sağlık süreçlerini bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirmesi, doğru sağlık eğitimi ve danışmanlık sunması, stresle baş etme becerilerini desteklemesi ve kanıta dayalı tamamlayıcı uygulamaları bakım süreçlerine entegre etmesi önem taşımaktadır. Ayrıca menstrüasyona ilişkin toplumsal tabuların azaltılması, beden olumlamasının desteklenmesi ve adölesan dostu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması; adölesanların hem ruh sağlığının korunmasına hem de menstrüel iyilik halinin güçlendirilmesine katkı sağlayacaktır.

7. Kaynakça

- ACOG. (2015). Committee Opinion No. 651: Menstruation in Girls and Adolescents Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign. *Obstetrics & Gynecology*, 126(6), e143-e146. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001215>
- Akbaş, E., & Yiğitoğlu, G. (2021). Adolesan Dönemde Psikososyal Sorunlar. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. <https://doi.org/10.26466/opus.906824>
- Altuntaş, S., & Düzgüner, S. (2020). Duygusal Özgürleşme Tekniği (EFT) ile Destek Alan Kadınlarda Bireysel, Sosyal ve Manevi Değişim Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 61(2), 453-492. <https://doi.org/10.33227/auifd.781006>
- Bernal, A., & Paolieri, D. (2022). The influence of estradiol and progesterone on neurocognition during three phases of the menstrual cycle: Modulating factors. *Behavioural Brain Research*, 417, 113593. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2021.113593>
- Beyaz, E. (2024). Adolesan Sağlığı ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Sağlık & Bilim 2024 Hemşirelik-I*, 151.
- Bilgin, M. B. (2025). Adolesan Sağlığı. İçinde S. C. Söğüt (Ed.), *Sağlık & Bilim 2025*. Efe Akademi Yayınları.
- Church, D., Stapleton, P., Vasudevan, A., & O'Keefe, T. (2022). Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, 951451. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.951451>
- Collins, A., Eneroth, P., & Landgren, B. M. (1985). Psychoneuroendocrine stress responses and mood as related to the menstrual cycle. *Biopsychosocial Science and Medicine*, 47(6), 512.
- Craig & Fowlie. (1995). *Duygusal özgürlük teknikleri*: El kitabı.
- Çuvadar, A., & Özcan, H. (2026). Examination of the Effect of Emotional Freedom Technique on Quality of Life and Symptoms in Dysmenorrhea. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. <https://doi.org/10.1111/jog.70310>
- Desoky, M. M. A., Abdo Hussien, A., Ibrahim, A. A., & Metwally, H. M. S. (2023). Emotional freedom technique for reducing primary dysmenorrhea intensity among female students. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 11(37), 33-42.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2018). *Coming of age: Adolescent health*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/coming-of-age-adolescent-health>
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2025). *Mental health of adolescents*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2026). *Stress*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>

- Handy, A. B., Greenfield, S. F., Yonkers, K. A., & Payne, L. A. (2022). Psychiatric Symptoms Across the Menstrual Cycle in Adult Women: A Comprehensive Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 30(2), 100-117. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000329>
- International Confederation of Midwives (ICM). (2024). Strategic Plan 2024-2026. *International Confederation of Midwives*. <https://internationalmidwives.org/resources/strategic-plan-2024-2026/>
- Ittriyeve, K. (2022). The normal menstrual cycle. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, Menstrual Issues in Adolescents – Part I: General Concerns*, 52(5), 101183. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2022.101183>
- Jain, P., Chauhan, A. K., Singh, K., Garg, R., Jain, N., & Singh, R. (2023). Correlation of perceived stress with monthly cyclical changes in the female body. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(11), 2927-2933. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_874_23
- Liu, H., Han, D., Hu, Y., Huang, L., Wang, J., & Zhu, D. (2025). Association between stress and dysmenorrhea among Chinese female adolescent students: A cross-sectional epidemiology study. *Scientific Reports*, 15(1), 22180. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-05152-4>
- Ossewaarde, L., Hermans, E. J., Van Wingen, G. A., Kooijman, S. C., Johansson, I.-M., Bäckström, T., & Fernández, G. (2010). Neural mechanisms underlying changes in stress-sensitivity across the menstrual cycle. *Psychoneuroendocrinology*, 35(1), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.08.011>
- Özkan, H., Atabey, K., Nazbak, M., Saraç, M. N., & Sakar, T. (2015). Öğrencilerin Menstruasyon Dönemindeki Kültürel Davranış ve Uygulamaları. *The Journal of Turkish Family Physician*, 6(3), 114-123.
- Özşahin, Z. (2025). Duygusal özgürlük teknikleri adet öncesi sendromunu etkiler mi? Rastgele kontrollü bir çalışma. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.16115>
- Parlaz, E. A., Karademirci, E., Öngel, K., & Tekgül, N. (2012). Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme, Psikolojik ve Sosyal Gelişim Süreci. *The Journal of Turkish Family Physician*, 3(4), 10-16.
- Patterson, S. L. (2016). The effect of emotional freedom technique on stress and anxiety in nursing students: A pilot study. *Nurse Education Today*, 40, 104-110. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.02.003>
- Sevimli Güler, D., ŞahiN, S., Özdemir, K., & Ünsal, A. (2020). Sağlık Meslek Lisesi Öğrencileri Arasında Menstrüel Baş Ağrısı Sıklığı ve Stres Düzeyinin Değerlendirilmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(2), 93-103. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.778225>
- Telzer, E. H., Escalante, E., Jack, D. B., & Tsai, R. Y.-H. (2025). How Social and Cultural Processes Shape Adolescents: An Ecocultural Transactional

- Framework of Adolescent Brain Development. *Annual Review of Developmental Psychology*, 7(Volume 7, 2025), 315-337. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-111323-092159>
- Vargün, B. (2021). Menstrüasyon ve tabu. *Anthropology*, (42), 1-10.
- Vural, P. I., & Aslan, E. (2018). Duygusal Özgürleşme Tekniği (EFT) Kapsamı ve Uygulama Alanları. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2(3), 11-25. <https://doi.org/10.31461/ybpd.383026>
- Yazar, M., Tüzmen, H. D., Altuntuğ, K., & Ege, E. (2025). The Effect of Emotional Freedom Technique on Premenstrual Syndrome and Pain in University Students: A Randomized Controlled Study. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 45(1), 24-32.

Doğum Sonrası Depresyon ve Perinatal Dönemde Duygudurum Bozuklukları

Yeter Çuvadar Baş¹

Rukiye Karabacak²

Özet

Perinatal dönemde görülen duygudurum bozuklukları, özellikle doğum sonrası depresyon (PPD) ve bipolar bozukluk, kadın sağlığını önemli ölçüde etkileyen ve anne-bebek sonuçları üzerinde belirleyici rol oynayan klinik durumlardır. PPD, doğumun en sık komplikasyonlarından biri olup işlev kaybına yol açabilmekte ancak uygun tedavi ile yönetilebilmektedir. En güçlü risk faktörü, özellikle gebelik sırasında aktif belirtilerin varlığı olmak üzere, daha önce geçirilmiş duygudurum ya da anksiyete bozukluğu öyküsüdür. Perinatal duygudurum bozuklukları; obstetrik ve neonatal komplikasyonlar, anne-bebek bağlanması bozulma, ebeveynlik işlevlerinde yetersizlik ve ağır olgularda intihar riski ile ilişkilidir.

Majör depresif bozukluk kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha sık görülmekte ve en yüksek risk doğurganlık döneminde ortaya çıkmaktadır. Bipolar bozukluk ise perinatal dönemde relaps açısından yüksek risk taşımakta; özellikle ilaç tedavisinin kesilmesi nüks oranlarını belirgin şekilde artırmaktadır. Gebelikte tedavi planlaması, teratojenite riski ile hastalığın yineleme olasılığı arasında dikkatli bir denge gerektirir. Unipolar depresyon ile bipolar bozukluğun doğru ayırt edilmesi, uygun farmakolojik ve psikososyal müdahalelerin seçilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Erken tanı, düzenli tarama, bireyselleştirilmiş tedavi planı ve multidisipliner iş birliği, perinatal ruh sağlığının korunmasında temel unsurlardır. Bu yaklaşım hem maternal morbiditenin azaltılmasına hem de uzun vadede anne, bebek ve aile sağlığının güçlendirilmesine katkı sağlayacaktır.

1 Öğr. Gör., Gedik Üniversitesi, yeter.cuvadar@gedik.edu.tr, 0000-0001-9020-1655

2 Yl. Öğr., Karabük Üniversitesi, y.agm.ur87@hotmail.com, 0009-0005-9503-3650

1. Giriş

Doğum sonrası depresyon (Postpartum Depression, PPD), doğum sonrasında ortaya çıkan, yaygın görülen, işlev kaybına neden olabilen ve uygun müdahaleler ile tedavi edilebilen önemli bir ruhsal bozukluktur. En güçlü risk faktörleri arasında özellikle gebelik döneminde aktif belirtilerin bulunmasıyla ilişkili olmak üzere, daha önce geçirilmiş duygudurum veya anksiyete bozukluğu öyküsü yer almaktadır. PPD, doğumun en sık görülen komplikasyonlarından biri olarak kabul edilmekte ve anne, bebek ile aile sağlığı üzerinde kısa ve uzun vadeli önemli sonuçlar doğurmaktadır. Bu nedenle etkili ve güvenli tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi, optimal maternal ve neonatal sonuçların sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır. PPD'nin patofizyolojisine ilişkin bilgi birikiminin artması ve gelişmekte olan tedavi seçenekleri; mevcut farmakolojik tedavilere, somatik girişimlere ve kanıta dayalı psikoterapilere ek olarak yenilikçi yaklaşımların geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Ancak tedavi planlanırken, özellikle emzirme dönemindeki güvenlilik boyutu göz önünde bulundurularak yarar-risk değerlendirmesinin dikkatli biçimde yapılması gerekmektedir (Stewart & Vigod, 2019).

Duygudurum bozuklukları yaşam boyu kadınları orantısız biçimde etkileyen ruhsal sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Gebelik ve doğum sonrası dönemde görülen duygudurum bozuklukları ise hem yaygınlıkları hem de anne ve bebek sağlığı üzerindeki etkileri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Bu bozukluklar; obstetrik komplikasyonlar, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, neonatal adaptasyon sorunları, anne-bebek bağlanmasında bozulma ve ebeveynlik işlevlerinde yetersizlik gibi birçok olumsuz sonuç ile ilişkilendirilmektedir. Daha ağır klinik tablolarda maternal intihar ve nadiren infantisid gibi ciddi sonuçlar da görülebilmektedir. Bu nedenle perinatal dönemde ruh sağlığının değerlendirilmesi, yalnızca annenin değil bebeğin ve ailenin bütüncül iyilik halinin korunması açısından da kritik öneme sahiptir (Yonkers vd., 2011).

Doğum sonrası depresyonun görülme sıklığı toplumlara, kullanılan değerlendirme araçlarına ve kültürel özelliklere göre değişmekle birlikte, dünya genelinde kadınların yaklaşık %10–20'sini etkilediği bildirilmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde bu oranların daha yüksek olduğu ve sosyal destek yetersizliği, ekonomik güçlükler, aile içi çatışmalar ve sağlık hizmetlerine erişim sorunları gibi etkenlerin riski artırdığı belirtilmektedir. Özellikle plansız gebelik, travmatik doğum deneyimi, düşük sosyal destek, ev içi şiddet öyküsü ve yenidoğan bakımına ilişkin yoğun stres gibi durumlar postpartum depresyon gelişiminde önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır (Stewart & Vigod, 2019).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkin kadın nüfusunun yaklaşık %20'sinin yaşamlarının herhangi bir döneminde majör depresif bozukluk atağı geçirdiği bildirilmektedir (Kessler vd., 2003; Hasin vd., 2005). Kadınlarda majör depresif bozukluk gelişme olasılığı erkeklere göre yaklaşık iki kat daha yüksektir ve en riskli dönem doğurganlık yıllarıdır (Yonkers vd., 2011). Kadınların yaklaşık %1'inde manik belirtilerle seyreden bipolar bozukluk görülmekte olup bu tablo, perinatal dönemde ortaya çıkan en ağır duygudurum bozuklukları arasında değerlendirilmektedir. Özellikle doğum sonrası erken dönem, bipolar bozuklukta relaps açısından yüksek risk taşımaktadır (Yonkers vd., 2011).

Perinatal dönemde meydana gelen hormonal değişimler, özellikle östrojen ve progesteron düzeylerindeki hızlı düşüşler, nöroendokrin sistem üzerinde etkili olmakta ve bazı kadınlarda depresif belirtilerin ortaya çıkmasını kolaylaştırabilmektedir. Bunun yanı sıra uyku düzensizlikleri, doğum sonrası fiziksel yorgunluk, annelik rolüne uyum süreci ve bakım sorumluluğunun artması da ruhsal kırılganlığı artıran etkenler arasında yer almaktadır. Özellikle sosyal destek eksikliği yaşayan kadınlarda bu süreç daha ağır seyredebilmekte ve depresif belirtilerin kronikleşme riskini artırabilmektedir.

Duygudurum bozuklukları yalnızca psikolojik iyi oluşu değil, kadının sosyal ve mesleki rollerini yerine getirme kapasitesini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Anne rolünün benimsenmesi, emzirme süreci, bebekle duygusal bağ kurulması ve aile içi ilişkilerin düzenlenmesi gibi yaşamsal alanlar bu bozukluklardan etkilenebilmektedir. Ayrıca diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve astım gibi kronik tıbbi hastalıklarla birlikte görüldüğünde, duygudurum bozukluklarının genel sağlık sonuçlarını kötüleştirdiğine dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır (Gelenberg vd., 2010). Bu durum, perinatal ruh sağlığının multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Kadın doğum uzmanları, ebeler ve perinatal bakım sunan diğer sağlık profesyonelleri çoğu zaman genç kadınların sağlık sistemiyle ilk ve bazen tek temas noktasıdır. Bu nedenle perinatal dönemde görülen depresif hastalıkların klinik belirtilerine, ayırıcı tanısına ve tedavi yaklaşımlarına ilişkin yeterli bilgiye sahip olmaları büyük önem taşımaktadır. Özellikle unipolar majör depresif bozukluk ile bipolar bozukluğun doğru şekilde ayırt edilmesi kritik önemdedir. Yanlış tanı konulması ve özellikle bipolar bozukluğu olan kadınlarda yalnızca antidepresan tedavi başlanması, manik alevlenmeye yol açabilmektedir (Yonkers vd., 2011). Bu nedenle ayrıntılı psikiyatrik öykü alınması ve gerektiğinde psikiyatri konsültasyonu sağlanması önemlidir.

DSM-IV'e göre majör depresif bozukluk tek epizodlu ya da tekrarlayan biçimde görülebilmekte; belirtilerin sayısı ve şiddetine göre hafif, orta veya ağır olarak sınıflandırılmaktadır. Gebe olmayan kadınlarda her şiddet düzeyindeki

majör depresyon için antidepresan tedavi birinci basamak yaklaşım olarak önerilirken, hafif ve orta şiddetteki epizodlarda psikoterapi ilk seçenek olarak değerlendirilmektedir (Yonkers vd., 2011). Bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası terapi ve destekleyici psikoterapi gibi kanıta dayalı psikoterapilerin postpartum depresyonda etkili olduğu bildirilmektedir. Önceki depresif epizod sayısı arttıkça yineleme riski de belirgin biçimde yükselmektedir. Bir depresif epizod geçiren kadınların yaklaşık yarısı ikinci bir epizod yaşarken, iki epizod öyküsü olanlarda bu risk yaklaşık %80'e ulaşmaktadır (Rush vd., 1993). Üç veya daha fazla epizod öyküsü bulunan kadınlarda ise idame ve hatta yaşam boyu antidepresan tedavi düşünülmesi önerilmektedir (Yonkers vd., 2011).

Son yıllarda postpartum depresyonun önlenmesi ve yönetiminde yalnızca farmakolojik yaklaşımların değil; psikososyal destek programları, ebe temelli danışmanlık hizmetleri, mindfulness uygulamaları, destek grupları ve tamamlayıcı yaklaşımların da önem kazandığı görülmektedir. Özellikle anne-bebek bağlanmasını güçlendiren, annelik rolüne uyumu destekleyen ve sosyal destek mekanizmalarını artıran girişimlerin postpartum ruh sağlığını olumlu etkilediği bildirilmektedir. Bu nedenle postpartum depresyonun erken dönemde tanınması, riskli kadınların belirlenmesi ve bireyselleştirilmiş bakım planlarının oluşturulması maternal ve neonatal sağlığın korunmasında temel yaklaşımlar arasında yer almaktadır (Yonkers vd., 2011).

2. Perinatal Dönemde Bipolar Bozukluk ve Relaps Riski

Gebelik ve postpartum dönemde bipolar bozukluğun görülme sıklığına ilişkin veriler, çeşitli metodolojik güçlükler nedeniyle karmaşık bir yapı göstermektedir. Bipolar bozukluğun genel toplumdaki prevalansının görece düşük olması (%0,5–1), güvenilir epidemiyolojik değerlendirmeler için geniş örneklem gruplarına gereksinim duyulmasına neden olmaktadır. Ayrıca puerperal dönemde ortaya çıkan postpartum psikoz olgularının tümü bipolar bozukluk ile ilişkili olmamakla birlikte, bipolar bozukluk postpartum psikozun en önemli nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bunun yanında doğum sonrası dönemde görülen bipolar depresyon tabloları sıklıkla unipolar depresyon şeklinde yanlış tanılanabilmekte ve bu durum uygun tedaviye ulaşmayı geciktirebilmektedir (Viguera vd., 2002).

Bipolar bozuklukta relaps riski özellikle ilaç tedavisinin kesilmesi ile güçlü biçimde ilişkilidir. Teratojenite kaygıları nedeniyle birçok kadın gebelik döneminde farmakolojik tedavisini bırakmayı tercih etmekte; bu durum ise hastalık belirtilerinin yeniden ortaya çıkma riskini önemli ölçüde artırmaktadır (Viguera vd., 2002). Özellikle duygu durum düzenleyicilerinin aniden kesilmesi hem gebelik hem de postpartum dönemde manik, depresif veya karma özellikli epizodların gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir.

İsveç'te gerçekleştirilen geniş ölçekli bir kayıt çalışmasında, doğumdan sonraki ilk üç ay içerisinde bipolar epizod nedeniyle hastaneye yatış insidansı %0,03 olarak bildirilmiştir (Harlow vd., 2007). Ancak bu veriler yalnızca hastaneye yatışı gerektiren ağır klinik tabloları kapsadığından, gerçek relaps sıklığının olduğundan daha düşük yansıtılmış olabileceği düşünülmektedir. Literatürde bipolar bozukluğu olan gebelerin yaklaşık %25–30'unun gebelik veya postpartum dönemde manik ya da depresif epizod yaşadığı bildirilmektedir (Akdeniz vd., 2003).

Gebeliğin bipolar bozukluk açısından koruyucu bir dönem olmadığı vurgulanmaktadır. Özellikle ilaç tedavisinin kesilmesinden sonra relaps oranlarının %80–100'e kadar ulaşabildiği ve bu riskin tedaviyi sürdüren kadınlara göre iki ila üç kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Newport vd., 2008). Relapsların çoğunlukla depresif ya da karma özellikli epizodlar biçiminde ortaya çıktığı bildirilmektedir (Yonkers vd., 2011). Bu durum postpartum depresyon ile bipolar depresyonun klinik olarak birbirine benzeyebilmesi nedeniyle ayırıcı tanının önemini artırmaktadır. Perinatal dönemde bipolar bozukluğun yanlış tanılanması veya yeterince değerlendirilememesi hem anne hem de bebek açısından ciddi sonuçlara yol açabilmektedir. Özellikle bipolar bozukluğu olan kadınlarda yalnızca antidepresan tedavi başlanması, manik atakları tetikleyebilmekte ve klinik tablonun ağırlaşmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle depresif belirtilerle başvuran postpartum kadınlarda ayrıntılı psikiyatrik öykü alınması, önceki hipomani/mani epizodlarının sorgulanması ve aile öyküsünün değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (Yonkers vd., 2011).

Ayrıca postpartum dönemde görülen uyku yoksunluğu, hormonal dalgalanmalar, yoğun bakım sorumluluğu ve psikososyal stresörler, bipolar bozukluğu olan kadınlarda relaps riskini artıran önemli tetikleyiciler arasında yer almaktadır. Özellikle doğum sonrası ilk haftalar, hastalığın yeniden alevlenmesi açısından en riskli dönem olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle bipolar bozukluk öyküsü bulunan kadınların gebelik öncesinden başlayarak multidisipliner bir ekip tarafından izlenmesi, farmakolojik tedavinin risk-yarar dengesi gözetilerek planlanması ve postpartum dönemde yakın ruhsal izlemin sürdürülmesi önerilmektedir (Yonkers vd., 2011).

3. Gebelik ve Postpartum Dönemde Bipolar Bozukluğun Tedavisi

Bipolar bozukluğun standart tedavisinde lityum, karbamazepin, valproik asit ve lamotrijin gibi duyudurum dengeleyiciler ile antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Tipik antipsikotikler bipolar bozukluk tedavisinde Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) onayına sahip olmamakla birlikte,

klirik etkinliklerinin desteklendiğı bildirilmektedir. Atipik antipsikotiklerin ise bir kısmı bipolar bozukluk tedavisinde FDA onayı almıştır. Psikoterapi uygulamaları bipolar bozukluk tedavisinde tek başına yeterli kabul edilmemekle birlikte, farmakolojik tedaviye destekleyici önemli yaklaşımlar arasında yer almaktadır (Yonkers vd., 2011).

Gebelik döneminde bipolar bozukluğun tedavisi planlanırken, kullanılan ilaçların teratojenite riski dikkatle değerlendirilmelidir. Özellikle organogenez döneminde maruziyetin fetal gelişim üzerindeki etkileri göz önünde bulundurulmalı ve tedavi kararları anne-fetüs yarar-risk dengesi çerçevesinde bireyselleştirilmelidir (Meador vd., 2006). Lityum kullanımının konjenital kardiyak anomaliler açısından hafif düzeyde risk artışı ile ilişkili olduğu bildirilmekle birlikte, bu riskin geçmiş yıllardaki erken bildirimlere kıyasla daha düşük olduğu belirtilmektedir (Einarson & Boskovic, 2009; Yonkers vd., 2011). Bununla birlikte, bipolar bozukluğu olan kadınlarda tedavinin tamamen kesilmesi ciddi relaps riskine yol açabilmektedir. Özellikle nöral tüp kapanması sonrasında tedavinin sonlandırılmasının fetüs açısından sınırlı yarar sağlayabileceğı; buna karşın anne açısından yüksek relaps riski oluşturabileceğı vurgulanmaktadır (Yonkers vd., 2011).

Gebelikte duygu durum dengeleyicilerinin sürdürülmesinin relaps riskini azalttığı bildirilmektedir. Ancak kullanılan ilacın türü, dozajı ve annenin klinik durumu dikkatle değerlendirilmelidir. Özellikle valproik asidin nöral tüp defektleri başta olmak üzere ciddi konjenital anomalilerle ilişkili olması nedeniyle gebelikte kullanımına mümkün olduğunca sınırlı yaklaşılması önerilmektedir. Ayrıca stabil seyreden kadınlarda valproatin postpartum profilaktik yararının yeterince gösterilemediğı bildirilmektedir (Yonkers vd., 2011). Lamotrijin ise bazı çalışmalarda daha düşük teratojenite riski ile ilişkilendirilmiş olsa da gebelik boyunca serum düzeylerindeki değışkenlik nedeniyle yakın takip gerektirmektedir.

Lityum tedavisi sürdürülen gebelerde serum lityum düzeylerinin düzenli aralıklarla izlenmesi önemlidir. Gebelik sürecinde artan renal klirens nedeniyle doz ayarlamaları gerekebilmekte; postpartum dönemde ise renal fonksiyonların hızla normale dönmesi toksisite riskini artırabilmektedir. Bu nedenle doğum sonrasında doz azaltımı ve yakın serum düzeyi izlemi önerilmektedir (Yonkers vd., 2011). Ayrıca lityum kullanan gebelerde fetal kardiyak değerlendirmelerin yapılması önerilmektedir.

Psikotik belirtilerin eşlik ettiğı ağır bipolar tabloların yönetiminde antipsikotik ilaçlar ön planda yer almaktadır. Özellikle ajitasyon, mani, ağır insomnia veya psikotik belirtilerin varlığında antipsikotik tedavi gerekli olabilmektedir. İntihar riski taşıyan hastalar ise acil psikiyatrik değerlendirme

ve yakın izlem gerektirmektedir. Bipolar bozukluk öyküsü bulunan kadınlarda yalnızca antidepresan tedavi başlanması manik kaymaları tetikleyebileceğinden önerilmemektedir. Antidepresan kullanımı gerekli olduğunda, tedavinin mutlaka bir duygudurum dengeleyici ile birlikte planlanması gerektiği vurgulanmaktadır (Yonkers vd., 2011).

Şiddetli bipolar depresyon, katatoni, intihar riski veya tedaviye dirençli olgularda elektrokonvulsif tedavi (EKT), gebelik ve postpartum dönemde güvenli ve etkili bir seçenek olarak değerlendirilmektedir. Özellikle hızlı klinik yanıt gerektiren durumlarda EKT'nin maternal ve fetal açıdan kabul edilebilir güvenlik profiline sahip olduğu bildirilmektedir (Yonkers vd., 2011).

Gebelik ve postpartum dönemde bipolar bozukluğun yönetimi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Kadın doğum uzmanları, psikiyatristler, ebeler ve diğer sağlık profesyonellerinin iş birliği içerisinde çalışması; anne ve fetus sağlığının korunması, relapsların önlenmesi ve güvenli tedavi planlarının oluşturulması açısından büyük önem taşımaktadır. Özellikle postpartum dönemin yüksek relaps riski taşıması nedeniyle, doğum sonrası yakın ruhsal izlem ve psikososyal destek sağlanması önerilmektedir (Yonkers vd., 2011).

4. Perinatal Dönemde Risk Faktörleri

Perinatal dönemde görülen duygudurum bozuklukları, biyolojik, psikolojik ve sosyal birçok etkenin bir araya gelmesi sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Özellikle gebelik ve doğum sonrası süreçte yaşanan hormonal değişimler, annelik rolüne uyum, bakım sorumluluğunun artması ve yaşam düzenindeki değişiklikler kadınların ruhsal açıdan daha kırılgan hale gelmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle postpartum depresyon ve bipolar bozukluk gibi perinatal ruh sağlığı sorunlarının gelişiminde rol oynayan risk faktörlerinin erken dönemde belirlenmesi büyük önem taşımaktadır (Stewart & Vigod, 2019).

Perinatal dönemde en güçlü risk faktörlerinden biri, daha önce geçirilmiş depresyon, bipolar bozukluk veya anksiyete bozukluğu öyküsünün bulunmasıdır. Özellikle gebelik sırasında aktif depresif belirtilerin varlığı, postpartum depresyon gelişme riskini belirgin şekilde artırmaktadır. Daha önce postpartum depresyon yaşamış kadınlarda sonraki gebeliklerde yinleme olasılığı da oldukça yüksektir (Yonkers vd., 2011). Bipolar bozukluğu olan kadınlarda ise gebelik ve postpartum dönem, relaps açısından yüksek riskli dönemler olarak değerlendirilmektedir. Özellikle ilaç tedavisinin kesilmesi veya düzensiz kullanılması durumunda manik, depresif ya da karma özellikli epizodların ortaya çıkma olasılığı artmaktadır (Newport vd., 2008).

Hormonal değişiklikler de perinatal ruh sağlığını etkileyen önemli biyolojik faktörler arasında yer almaktadır. Gebelik boyunca yükselen östrojen ve progesteron düzeylerinin doğum sonrasında hızlı şekilde düşmesi, nöroendokrin sistem üzerinde etkili olmakta ve bazı kadınlarda depresif belirtilerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir. Bunun yanında uyku yoksunluğu, postpartum yorgunluk, fiziksel iyileşme süreci ve emzirme ile ilişkili stres faktörleri de ruhsal kırılganlığı artırabilmektedir (Stewart & Vigod, 2019). Özellikle postpartum dönemde kesintili uyku düzeni, bipolar bozukluğu olan kadınlarda manik epizodları tetikleyebilen önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Psikososyal etkenler de perinatal dönemde ruh sağlığı üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Düşük sosyal destek, aile içi çatışmalar, eş desteğinin yetersizliği, ekonomik güçlükler ve stresli yaşam olayları postpartum depresyon riskini artırmaktadır. Özellikle partner şiddeti, sosyal izolasyon ve aile içi iletişim sorunlarının kadınların psikolojik iyilik hali üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğu bildirilmektedir (Gelenberg vd., 2010). Bunun yanı sıra plansız gebelik, genç yaşta gebelik, infertilite tedavisi sonrası gebelik ve yüksek riskli gebelik süreçleri de kadınlarda kaygı düzeyini artırarak ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir.

Doğum deneyimine ilişkin faktörler de postpartum ruh sağlığı ile yakından ilişkilidir. Travmatik doğum deneyimi, acil sezaryen, yoğun ağrı deneyimi, doğum sırasında kontrol kaybı hissi ve obstetrik komplikasyonlar postpartum depresyon ve travma sonrası stres belirtileri gelişimine katkı sağlayabilmektedir. Özellikle anne beklentileri ile gerçek doğum deneyimi arasındaki uyumsuzluk, doğum sonrası dönemde duygusal zorlanmayı artırabilmektedir. Yenidoğanın yoğun bakım ünitesine alınması, prematüre doğum veya bebeğin sağlık sorunları yaşaması da annede yoğun stres ve kaygıya neden olabilmektedir (Stewart & Vigod, 2019).

Perinatal dönemde bireyin kişilik özellikleri ve baş etme becerileri de önemli risk belirleyicileri arasında yer almaktadır. Düşük öz yeterlik algısı, yetersiz stresle baş etme becerileri, mükemmeliyetçi kişilik özellikleri ve yüksek düzeyde kaygı eğilimi bulunan kadınlarda postpartum depresyon riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Ayrıca çocukluk çağı travmaları, istismar öyküsü ve geçmişte yaşanan psikososyal travmalar da perinatal dönemde ruhsal sorunların ortaya çıkmasına katkıda bulunabilmektedir (Yonkers vd., 2011).

Kronik fiziksel hastalıkların varlığı da perinatal ruh sağlığını etkileyebilmektedir. Diyabet, hipertansiyon, tiroid hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar ve astım gibi kronik sağlık sorunlarının depresif belirtiler ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Gebelik komplikasyonları yaşayan kadınlarda hem

fiziksel hem de psikolojik stres düzeyi artabilmekte; bu durum postpartum dönemde ruhsal sorun gelişme riskini yükseltebilmektedir (Gelenberg vd., 2010).

Perinatal dönemde görülen ruhsal bozuklukların yalnızca anne üzerinde değil; anne-bebek bağlanması, emzirme süreci, ebeveynlik işlevleri ve bebeğin bilişsel-duygusal gelişimi üzerinde de önemli etkileri bulunmaktadır. Bu nedenle risk faktörlerinin erken dönemde belirlenmesi, düzenli ruhsal değerlendirmelerin yapılması ve riskli kadınlara uygun psikososyal destek sağlanması büyük önem taşımaktadır. Özellikle ebeler, kadın doğum uzmanları ve ruh sağlığı profesyonellerinin iş birliği içinde çalışması; erken tanılama, danışmanlık ve uygun müdahalelerin planlanması açısından temel bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir (Yonkers vd., 2011).

5. Perinatal Ruh Sağlığında Ebelik ve Hemşirelik Yaklaşımları

Perinatal dönemde ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi, anne, bebek ve aile sağlığının bütüncül olarak ele alınmasını gerektiren önemli bir bakım alanıdır. Bu süreçte ebeler ve hemşireler; gebelik, doğum ve postpartum dönemde kadınla sürekli iletişim halinde olan sağlık profesyonelleri olarak erken tanılama, danışmanlık, psikososyal destek ve bakım hizmetlerinde temel role sahiptir. Özellikle postpartum depresyon ve bipolar bozukluk gibi duygudurum bozukluklarının erken dönemde fark edilmesi, uygun yönlendirme ve destek mekanizmalarının oluşturulması açısından ebelik ve hemşirelik yaklaşımları büyük önem taşımaktadır (Yonkers vd., 2011).

Perinatal ruh sağlığı hizmetlerinde temel yaklaşımlardan biri düzenli psikososyal değerlendirme yapılmasıdır. Gebelikten itibaren kadınların ruhsal durumlarının değerlendirilmesi, risk faktörlerinin belirlenmesi ve depresif belirtilerin erken dönemde tanınması önerilmektedir. Bu kapsamda Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) gibi standart tarama araçlarının kullanılması, riskli kadınların belirlenmesine katkı sağlamaktadır. Özellikle daha önce depresyon, bipolar bozukluk veya anksiyete bozukluğu öyküsü bulunan kadınların daha yakından izlenmesi gerekmektedir (Stewart & Vigod, 2019). Ebeler ve hemşireler, düzenli izlem görüşmeleri sırasında kadının emosyonel durumunu değerlendirmeli, uyku düzeni, stres düzeyi, sosyal destek durumu ve annelik rolüne uyum sürecini göz önünde bulundurmalıdır.

Ebelik ve hemşirelik bakımında terapötik iletişim önemli bir yer tutmaktadır. Kadının yargılanmadan dinlenmesi, duygularını ifade etmesine fırsat verilmesi ve güven temelli bir bakım ilişkisinin kurulması postpartum ruh sağlığını destekleyen temel unsurlar arasında yer almaktadır. Özellikle stigma nedeniyle ruhsal belirtilerini paylaşmakta zorlanan kadınların desteklenmesi, yardım

arama davranışını artırabilmektedir. Empatik yaklaşım ve etkili iletişim becerileri sayesinde kadınların kaygı, korku ve yetersizlik hislerini ifade etmeleri kolaylaşmakta; bu durum psikolojik rahatlama sağlayabilmektedir (Gelenberg vd., 2010).

Perinatal dönemde sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi de ebelik ve hemşirelik bakımının önemli bileşenlerinden biridir. Eş, aile üyeleri ve yakın çevrenin bakım sürecine dahil edilmesi; annenin yalnızlık hissinin azalmasına ve psikososyal açıdan desteklenmesine katkı sağlayabilmektedir. Özellikle postpartum dönemde bakım yükünün paylaşılması, annenin dinlenme fırsatı bulması ve emzirme sürecinde desteklenmesi ruh sağlığını olumlu yönde etkileyebilmektedir. Ebeler ve hemşireler, aile üyelerine postpartum dönemin psikolojik özellikleri konusunda eğitim vererek destekleyici aile ortamının oluşturulmasına katkıda bulunabilmektedir.

Anne-bebek bağlanmasının desteklenmesi de perinatal ruh sağlığında önemli bir bakım alanıdır. Postpartum depresyon yaşayan kadınlarda bebekle duygusal bağ kurmada güçlük yaşanabilmekte, bu durum emzirme sürecini ve ebeveynlik işlevlerini olumsuz etkileyebilmektedir. Ebeler ve hemşireler; ten tene temasın desteklenmesi, emzirme danışmanlığı verilmesi ve annenin bebeğiyle güvenli bağ kurmasına yardımcı olacak uygulamaların sürdürülmesi konusunda aktif rol üstlenmektedir. Anneye bakım becerileri konusunda destek verilmesi ve annelik rolüne uyum sürecinin güçlendirilmesi psikolojik iyilik halini artırabilmektedir (Stewart & Vigod, 2019).

Perinatal ruh sağlığında nonfarmakolojik girişimlerin kullanımı da giderek önem kazanmaktadır. Psikoeğitim, gevşeme egzersizleri, mindfulness uygulamaları, stres yönetimi teknikleri, destek grupları ve tamamlayıcı yaklaşımlar ruhsal belirtilerin azaltılmasında destekleyici yöntemler arasında yer almaktadır. Ebeler ve hemşireler, bireyin gereksinimlerine uygun nonfarmakolojik yöntemler konusunda danışmanlık sağlayarak kadının baş etme becerilerini güçlendirebilmektedir. Özellikle stres yönetimine yönelik uygulamalar, annenin emosyonel yükünü azaltarak postpartum uyum sürecini destekleyebilmektedir.

Bipolar bozukluk öyküsü bulunan kadınlarda yakın izlem ve multidisipliner iş birliği büyük önem taşımaktadır. Ebeler ve hemşireler, ilaç uyumunun sürdürülmesi, uyku düzeninin korunması, erken relaps belirtilerinin fark edilmesi ve gerektiğinde psikiyatri desteğine yönlendirme konusunda önemli sorumluluklara sahiptir. Özellikle postpartum dönemin yüksek relaps riski taşıması nedeniyle doğum sonrası ilk haftalarda yakın ruhsal değerlendirme yapılması önerilmektedir (Yonkers vd., 2011).

Sonuç olarak ebelik ve hemşirelik yaklaşımları, perinatal ruh sağlığının korunması, riskli kadınların erken dönemde belirlenmesi ve uygun bakım hizmetlerinin sunulması açısından kritik öneme sahiptir. Bütüncül, kadın merkezli ve kanıta dayalı bakım anlayışı doğrultusunda yürütülen psikososyal destek, eğitim ve danışmanlık hizmetleri; postpartum depresyon ve bipolar bozukluk gibi ruhsal sorunların olumsuz etkilerini azaltmada önemli katkılar sağlamaktadır.

6. Sonuç

Perinatal dönemde görülen duygudurum bozuklukları, özellikle doğum sonrası depresyon ve bipolar bozukluk, anne, bebek ve aile sağlığını çok yönlü etkileyen önemli ruh sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Gebelik ve postpartum dönemde ortaya çıkan hormonal değişimler, uyku düzensizlikleri, artan bakım sorumluluğu, sosyal destek yetersizliği ve geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü; kadınların ruhsal açıdan daha kırılgan hale gelmesine neden olabilmektedir. Özellikle postpartum depresyonun anne-bebek bağlanması, emzirme süreci, ebeveynlik işlevleri ve bebeğin bilişsel-duygusal gelişimi üzerinde olumsuz etkiler oluşturabildiği; bipolar bozuklukta ise postpartum dönemin yüksek relaps riski taşıdığı bilinmektedir. Bu nedenle perinatal ruh sağlığının korunmasında erken tanılama, düzenli psikososyal değerlendirme, multidisipliner yaklaşım ve bireyselleştirilmiş bakım planları büyük önem taşımaktadır. Ebeler ve hemşireler; gebelikten postpartum döneme kadar kadınla sürekli iletişim halinde olan sağlık profesyonelleri olarak riskli bireylerin erken belirlenmesi, terapötik iletişim kurulması, psikososyal destek sağlanması ve uygun yönlendirmelerin yapılmasında temel role sahiptir. Ayrıca sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, anne-bebek bağlanmasının desteklenmesi ve kanıta dayalı nonfarmakolojik girişimlerin bakım süreçlerine entegre edilmesi, perinatal ruh sağlığının geliştirilmesine önemli katkılar sağlayacaktır. Sonuç olarak perinatal dönemde ruh sağlığının bütüncül, kadın merkezli ve sürdürülebilir bir yaklaşımla ele alınması; maternal morbiditenin azaltılması ve uzun vadede anne, bebek ve aile iyilik halinin güçlendirilmesi açısından temel bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir.

7. Kaynakça

- Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 70, 183–196. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>
- Yonkers, K. A., Vigod, S., & Ross, L. E. (2011). Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstetrics & Gynecology*, 117(4), 961–977. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31821187a7>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289, 3095–3105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1097–1106. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.10.1097>
- Gelenberg, A., Freeman, M., Markowitz, J., Rosenbaum, J. F., Thase, M. E., Trivedi, M. H., et al. (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder* (3rd ed.). American Psychiatric Association.
- Rush, A. J., Golden, W. E., Hall, G. W., Herrera, M., Houston, A., Kathol, R. G., et al. (1993). *Depression in primary care: Volume 2. Treatment of major depression (Clinical Practice Guideline No. 5)*. Agency for Health Care Policy and Research.
- Viguera, A. C., Cohen, L. S., Bouffard, S., Whitfield, T. H., & Baldessarini, R. J. (2002). Reproductive decisions by women with bipolar disorder after prepregnancy psychiatric consultation. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2102–2104. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.2102>
- Harlow, B. L., Vitonis, A. F., Sparén, P., Cnattingius, S., Joffe, H., & Hultman, C. M. (2007). Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior prepregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. *Archives of General Psychiatry*, 64, 42–48. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.42>
- Akdeniz, E., Vahip, S., Pirildar, S., Vahip, I., Doganer, I., & Bulut, I. (2003). Risk factors associated with childbearing-related episodes in women with bipolar disorder. *Psychopathology*, 36, 234–238. <https://doi.org/10.1159/000073448>
- Newport, D. J., Stowe, Z. N., Viguera, A. C., Calamaras, M. R., Juric, S., Knight, B., et al. (2008). Lamotrigine in bipolar disorder: Efficacy during pregnancy. *Bipolar Disorders*, 10, 432–436. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00565.x>
- Meador, K. J., Baker, G. A., Finnell, R. H., Kalayjian, L. A., Liporace, J. D., Loring, D. W., et al. (2006). In utero antiepileptic drug exposure: Fetal death

and malformations. *Neurology*, 67, 407–412. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000227919.81208.b2>

Einarson, A., & Boskovic, R. (2009). Use and safety of antipsychotic drugs during pregnancy. *Journal of Psychiatric Practice*, 15, 183–192. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000351878.45260.94>

Yardımcı Üreme Tekniklerinde Klinik ve Yasal Yaklaşımlar

Çağla Çamlı¹

Begüm Can²

Özet

Yardımcı üreme teknikleri, spontan gebelik elde edemeyen çiftlerde fertilizasyon ve embriyo gelişim süreçlerinin laboratuvar ortamında desteklenmesini sağlayan ve infertilite tedavisinin temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilen uygulamalardır. İnfertilite tedavisinde yaklaşım; infertiliteye neden olan faktörlerin kapsamlı biçimde değerlendirilmesinin ardından, düşük riskli girişimlerden daha invazif yöntemlere doğru basamaklı şekilde planlanmalıdır. Türkiye’de YÜT uygulamalarının yasal çerçevesi “Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik” ile belirlenmiştir. Türk hukukuna göre bu uygulamalardan yalnızca evli çiftler, kendi üreme hücrelerini kullanmaları koşuluyla yararlanabilmektedir. Üçüncü kişilerden elde edilen sperm veya oosit kullanımı, taşıyıcı annelik ve belirli cinsiyet değiştirme uygulamaları yasal değildir ve hukuka aykırı uygulamalara yönelik cezai yaptırımlar öngörülmektedir.

Trans bireylerde yardımcı üreme teknikleri, doğurganlığın korunması açısından önem taşımaktadır. Hormon tedavileri ve cerrahi girişimlerin fertilite üzerinde kalıcı etkiler oluşturabilmesi nedeniyle, süreç öncesinde sperm veya oosit dondurma gibi fertilite koruyucu yöntemler değerlendirilmektedir. Avrupa ülkelerinde yardımcı üreme tekniklerine ilişkin yasal düzenlemeler önemli farklılıklar göstermektedir. Yunanistan, Belçika ve Hollanda gibi ülkeler donör kullanımı ve bekar kadınlara yönelik uygulamalarda daha liberal politikalar benimserken; Almanya ve İtalya gibi ülkelerde embriyo dondurma ve donasyon konularında daha sınırlayıcı düzenlemeler bulunmaktadır. Bu farklılıklar, bireylerin kendi ülkelerinde erişemediği uygulamalar için başka ülkelere yönelmesine ve “üreme turizmi” olgusunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

1 Yl., Öğr., Karabük Üniversitesi, caglacamli612@gmail.com, 0009-0000-8768-5855

2 Arş., Gör., Karabük Üniversitesi, begumcan@karabuk.edu.tr, 0009-0005-6962-5011

1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre infertilite, üreme sistemine ait bir hastalık olup, 12 ay veya daha uzun süre düzenli ve korunmasız cinsel ilişkiye rağmen klinik gebeliğin oluşmaması durumu olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2020). Daha önce hiç gebelik deneyimi yaşamamış bireylerde görülen infertilite “primer infertilite” olarak adlandırılırken, daha önce canlı doğum gerçekleşmiş olsun ya da olmasın en az bir gebelik öyküsünün bulunması durumunda “sekonder infertilite” tanımı kullanılmaktadır (Coşkun, 2016). Günümüzde infertilite, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre yetişkin bireylerin yaklaşık altıda biri yaşamlarının herhangi bir döneminde infertilite ile karşılaşmakta olup bu durum küresel ölçekte yaklaşık %17,5 prevalansa karşılık gelmektedir. Ayrıca infertilitenin yalnızca gelişmiş ülkelerde değil, düşük ve orta gelirli ülkelerde de benzer oranlarda görüldüğü ve dünya genelinde yaklaşık 186 milyon kişinin infertiliteden etkilendiği bildirilmektedir (WHO, 2023).

İnfertilite gelişiminde birçok biyolojik, çevresel ve yaşam tarzına ilişkin faktör rol oynamaktadır. Partnerlerin yaşı, ilişkinin zamanlaması, üreme organlarına yönelik geçirilmiş cerrahi girişimler, stres, sigara kullanımı ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar doğurganlığı doğrudan etkileyebilen başlıca faktörler arasında yer almaktadır. Bu nedenle infertilite tedavisinde ilk görüşme ve kapsamlı değerlendirme süreci büyük önem taşımaktadır. Amerikan Üreme Tıbbı Derneği'ne (ASRM, 2026) göre infertil çiftlere yönelik yaklaşım, tedavi planının temelini oluşturmaktadır. İnfertilite nedenlerinin doğru analiz edilmesi ve sürecin çift odaklı değerlendirilmesi, etkili tedavi yönetiminin temel unsurlarındandır (Jain, Fang, & Singh, 2025). Tedavi planlaması, infertiliteye neden olan tüm faktörlerin belirlenmesinin ardından düşük riskli girişimlerden daha invazif ve yüksek riskli uygulamalara doğru aşamalı şekilde yürütülmelidir. Bu kapsamda öncelikle medikal tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi, gerekli durumlarda ise cerrahi girişimlere başvurulması önerilmektedir (Coşkun, 2016; Yıldırım, 2017). Günümüzde kanser tedavileri, hematolojik hastalıklar ve fertilitiyi olumsuz etkileyebilen diğer tıbbi durumlar nedeniyle üreme sağlığının korunması giderek daha fazla önem kazanmakta; fertilitate koruma yaklaşımları yardımcı üreme tekniklerinin temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (ASRM, 2026).

2. Tedavi

2.1. Medikal Tedavi

Ovulasyon sürecini veya spermatogenezi etkileyen hormonal dengesizliklerin bulunduğu infertil çiftlerde, gebelik oluşma olasılığını artırmak amacıyla

hormonal tedavi yöntemlerine başvurulmaktadır. Bu tedavilerde temel amaç, doğal hormonal mekanizmaları desteklemek ve üreme fonksiyonlarını optimize etmektir. Özellikle kontrollü ovaryan stimülasyon uygulamalarında, overlerden mümkün olan en fazla sayıda kaliteli ve gelişim potansiyeli yüksek oosit elde edilmesi hedeflenmektedir (Coşkun, 2016).

2.2. Cerrahi Tedavi

Erkek infertilitesinde varikozel ve obstrüksiyon gibi yapısal sorunların varlığında uygun cerrahi tedavi yöntemleri uygulanırken, kadın infertilitesinde uterus veya fallop tüplerine ait anomalilerin saptanması durumunda düzeltici cerrahi girişimlere başvurulmaktadır. Ayrıca pelvik enfeksiyonlara bağlı gelişen adezyonlar, özellikle mikrocerrahi yöntemler kullanılarak tedavi edilebilmektedir. İnfertil çiftlerin yaklaşık %85–90'ının medikal ve cerrahi tedavi yöntemleriyle başarılı sonuçlar elde ettiği, buna karşın yaklaşık %10–15'lik bir grubun yardımcı üreme tekniklerine gereksinim duyduğu bildirilmektedir (ASRM, 2026).

3. Yardımcı Üreme Teknikleri

Yardımcı üreme teknikleri, oositlerin overlerden doğrudan toplandığı uygulamaları kapsamaktadır. Yardımcı üreme tedavilerinin hızla gelişmesi ve yaygınlaşmasıyla birlikte, günümüzde uygulama alanları, yöntemsel özellikleri ve başarı oranları birbirinden farklı çok sayıda yardımcı üreme tekniği geliştirilmiş ve klinik uygulamalarda kullanılmaya başlanmıştır (ASRM, 2026).

3.1. İntrauterin İnseminasyon (IUI)

İntrauterin inseminasyon, ovulasyon döneminde laboratuvar ortamında çeşitli işlemlerden geçirilerek hazırlanan sperm hücrelerinin özel bir kanül aracılığıyla uterin kavite içerisine uygulanması işlemidir. Bu yöntemde spermlerin servikal bariyeri geçme süreci ortadan kaldırılarak sperm hücrelerinin oosite ulaşma olasılığının artırılması ve gebelik oluşumunun desteklenmesi amaçlanmaktadır (Coşkun, 2016).

3.2. In Vitro Fertilizasyon (IVF) – Embriyo Transferi (ET)

In vitro fertilizasyon, günümüzde en sık kullanılan yardımcı üreme tekniklerinden biridir. Bu yöntemde oosit ve sperm hücreleri laboratuvar koşullarında bir araya getirilmekte ve döllenmenin spontan olarak gerçekleşmesi hedeflenmektedir. Döllenme sonrasında oluşan embriyonun, genellikle 2.–3. günlerde transabdominal ultrasonografi eşliğinde, transservikal yolla yumuşak bir kateter kullanılarak uterin kaviteye yerleştirilmesi işlemi embriyo transferi olarak tanımlanmaktadır (Jain, Fang, & Singh, 2025).

3.3. Gamet İntra Fallopian Transfer (GIFT)

Gamet intra fallopian transfer yönteminde, laparoskopi ile elde edilen oositler ve sperm hücreleri laboratuvar ortamında döllenme gerçekleştirilmeden doğrudan transfer kateteri aracılığıyla fallop tüpü içerisine yerleştirilmektedir. Bu yöntemin uygulanabilmesi için en az bir fallop tüpünün açık ve fonksiyonel olması gerekmektedir. Fertilizasyon süreci doğal olarak vücut içerisinde, fallop tüplerinde gerçekleşmektedir (Jain, Fang, & Singh, 2025).

3.4. Zigot İntra Fallopian Transfer (ZIFT)

Zigot intra fallopian transfer yönteminde, oositin kadın vücudu dışında döllenmesi sonucunda oluşan zigot evresindeki embriyo laparoskopik yöntemle fallop tüpüne transfer edilmektedir. Bu yöntemde implantasyonun uterus ortamında spontan olarak gerçekleşmesi beklenirken, embriyonik gelişimin erken evreleri fallop tüpünde devam etmektedir (Coşkun, 2016).

3.5. Tubal Embriyo Transfer (TET)

Tubal embriyo transferi, kültür ortamında 24 saatten uzun süre bekletilen veya kriyoprezervasyon sonrası çözülen erken dönem embriyoların laparoskopik yöntemle fallop tüpleri içerisine transfer edilmesi işlemidir. Bu teknikle gebeliğin doğal implantasyon sürecinin, fallop tüpleri ve uterusun fizyolojik etkileriyle desteklenmesi amaçlanmaktadır (ASRM, 2026).

4. Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezlerinin Ruhsatlandırılması

Üremeye yardımcı tedavi merkezlerinin hizmet kalitesinin artırılması, uygulamaların standartlaştırılması ve yardımcı üreme tekniklerine ilişkin akademik değerlendirmelerin yapılabilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından bir komisyon oluşturulmaktadır. Bu komisyon; kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olan üç kişi, merkez laboratuvarlarında görev yapmak üzere histoloji ve embriyoloji uzmanı veya üreme tıbbi alanında yüksek lisans yapmış iki kişi, bir üroloji uzmanı, bir tıbbi genetik uzmanı veya tıbbi genetik alanında doktora yapmış bir kişi ile bir perinatoloji uzmanı olmak üzere toplam dokuz üyeden oluşmaktadır (Jain, Fang, & Singh, 2025). Komisyon üyeleri Sağlık Bakanı tarafından belirlenmektedir.

Komisyon başkanı gerekli görülen durumlarda farklı uzmanlık alanlarından kişileri toplantılara davet ederek görüş ve önerilerini alabilmektedir. Ancak toplantıya davet edilen uzmanlar, komisyon karar süreçlerinde oy kullanma yetkisine sahip değildir. Ayrıca komisyon, ihtiyaç duyulması halinde ilgili kişi ve kurumlardan akademik görüş ve bilimsel değerlendirme talep edebilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

5. Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezlerinin Bölümleri ve Özellikleri

Üremeye yardımcı tedavi merkezleri genel bölüm ve uygulama bölümü olmak üzere iki ana bölümden oluşmaktadır.

5.1. Uygulama Bölümü

Uygulama bölümü, yardımcı üreme tekniklerinin gerçekleştirildiği; tedavi gören bireylerin ve merkez personelinin belirli kurallar ve denetim süreçleri çerçevesinde giriş yaptığı steril ve yarı steril alanlardan oluşan özel bir birimdir. Bu bölümde yardımcı üreme tekniklerinin güvenli ve etkin biçimde uygulanabilmesi amacıyla çeşitli teknik ve klinik birimler yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Tablo 1. Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezlerinde Yer Alan Temel Birimler ve Özellikleri

Birim	Özellikleri
Embriyoloji Laboratuvarı	Oositlerin toplandıktan kısa süre sonra değerlendirilmesine uygun, gerekli teknik ekipmanlarla donatılmış laboratuvardır. Laboratuvar ortamının sıcaklık ve çevresel koşullar açısından kontrol edilebilir olması gerekmektedir.
Androloji Laboratuvarı	Embriyoloji laboratuvarı ile bağlantılı şekilde hizmet veren ve yalnızca merkezde tedavi gören bireylere yönelik işlemlerin gerçekleştirildiği laboratuvardır.
Sperm Örneği Toplama Odası	Yarı steril alanda bulunan, sperm örneklerinin alınması amacıyla düzenlenmiş özel bir odadır. Oda içerisinde lavabo ve duş bulunmakta olup androloji laboratuvarına numune aktarımını sağlayan özel bir geçiş sistemi yer almaktadır.
OPU (Oocyte Pick-Up) Odası	Oosit toplama işlemlerinin gerçekleştirildiği steril alandır. Ultrasonografi cihazı ile donatılmış olup embriyoloji laboratuvarı ile bağlantılı şekilde planlanmaktadır. Genel anestezi gerektiren durumlar için gerekli tıbbi ekipman da bulunmaktadır.
Dondurma ve Saklama Alanı	Embriyo, oosit, sperm ve diğer üreme hücrelerinin uygun koşullarda kriyoprezervasyon işlemlerinin gerçekleştirildiği ve saklandığı özel alandır.
Gözlem Odası	İşlem sonrası bireylerin kısa süreli izlem ve değerlendirmelerinin yapıldığı, hasta güvenliği ve konforunun sağlandığı bölümdür.

<https://www.mevzuat.gov.tr/>

mevzuat?MevzuatNo=20085&MevzuatTur=7&MevzuatTertip

5.2. Genel Bölüm

Genel bölüm, üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde hasta kabulü, değerlendirilmesi, bilgilendirilmesi ve personel hizmetlerinin yürütüldüğü

alanlardan oluşmaktadır. Bu bölümde hasta kabul ve bekleme alanı, hasta muayene odası, hemşire çalışma alanı, hasta bilgilendirme odası, biyokimya laboratuvarı, personel giyinme ve çalışma odaları ile hasta ve personelin hazırlık süreçlerine yönelik birimler yer almaktadır. Genel bölümde bulunan bu alanlar, hasta güvenliğinin sağlanması, hizmet kalitesinin artırılması ve klinik işleyişin etkin biçimde sürdürülmesi açısından önem taşımaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

6. Üreme Hücreleri ve Gonad Dokularının Saklanma Kriterleri

Türkiye’de üreme hücreleri ve gonad dokularının saklanması ile ilişkin uygulamalar, ilgili yasa ve yönetmeliklerle belirlenen yasal çerçevede kapsamında yürütülmektedir. Mevzuata göre, kadın ve erkekte üreme sağlığını etkileyebilecek tıbbi zorunluluk halleri dışında üreme hücreleri ile gonad dokularının saklanması ve dondurulması yasaklanmıştır. Erkeklerde sperm ve gonad dokularının saklanabilmesi için belirli tıbbi endikasyonların bulunması gerekmektedir. Bu durumlar arasında cerrahi yöntemlerle sperm elde edilmesi gerekliliği, kemoterapi ve radyoterapi gibi gonad hücrelerine zarar verebilecek tedaviler öncesi dönem, üreme fonksiyonlarının kaybına neden olabilecek cerrahi girişimler (örneğin orşiektomi) ve ciddi düzeyde düşük sperm sayısı (kriptozoospermi) yer almaktadır. Bu gibi durumlarda sperm hücreleri ileride kullanılmak üzere kriyoprezervasyon yöntemiyle saklanabilmektedir (Özcan vd., 2017).

Kadınlarda da benzer şekilde belirli tıbbi koşulların varlığında üreme hücreleri ve gonad dokularının saklanması izin verilmektedir. Kemoterapi ve radyoterapi gibi gonad hücrelerine zarar verebilecek tedaviler öncesinde, üreme fonksiyonlarının kaybına yol açabilecek cerrahi girişimler (örneğin ooferektomi) öncesinde ve düşük over rezervi bulunan, henüz doğum yapmamış ya da aile öyküsünde erken menopoz bulunan kadınlarda, durumun üç uzman tabipten oluşan sağlık kurulu raporuyla belgelenmesi koşuluyla oosit ve gonad dokularının dondurulması mümkün olmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

7. ÜYTE Merkezlerinin Sorumlulukları ve Uyması Gereken Diğer Hususlar

Üremeye yardımcı tedavi uygulama (ÜYTE) merkezleri, yardımcı üreme teknikleri aracılığıyla gebelik elde edilen bireylerin doğuma kadar izlem ve takibinden sorumludur. Merkezler, bünyesinde bulundukları hastanelerde gebelerin uzman hekimler tarafından düzenli olarak değerlendirilmesini sağlamakta; doğum sürecinin yönetimi ile gerektiğinde yetişkin ve yenidoğan bakım hizmetlerinin sunulmasını koordine etmektedir. Gebenin, ÜYTE merkezinin bulunmadığı bir bölgede ikamet etmesi durumunda ise prenatal,

intrapartum ve postpartum izlemlerinin ikamet ettiği ilde bulunan uygun bir sağlık kuruluşunda uzman hekimler tarafından sürdürülmesi sağlanmaktadır.

ÜYTE merkezlerinin önemli sorumluluklarından biri de tedavi süreçlerine ilişkin verilerin düzenli ve güvenilir biçimde kayıt altına alınmasıdır. Bu kapsamda merkezler, her yıl ocak ayında bir önceki yıla ait çalışma verileri ile gebelik sonuçlarını, Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan standart formlar aracılığıyla elektronik kayıt sistemine işlemektedir. Elde edilen tüm verilerin gizlilik ve kayıt güvenliği ilkeleri doğrultusunda en az 30 yıl süreyle saklanması zorunludur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; Yıldırım, 2017).

8. Türkiye’deki ÜYTE Mevcut Yasal Durum ve Düzenlemeler

Türkiye’de yardımcı üreme tekniklerine (YÜT) ilişkin uygulamalar, etik ilkeler ve hukuki sınırlar doğrultusunda çeşitli yasa ve yönetmeliklerle düzenlenmekte ve denetlenmektedir. Bu düzenlemeler; yardımcı üreme tekniklerinin uygulanma koşullarını, tarafların hak ve sorumluluklarını ve soy bağına ilişkin esasları belirlemektedir.

8.1. Evlilik Şartı ve Soy Bağı

Türkiye’de yardımcı üreme tekniklerinin uygulanabilmesi için kadın ve erkek arasında resmi evlilik ilişkisinin bulunması zorunludur. Evlilik birliği içerisinde eşlere ait üreme hücrelerinin kullanılması sonucunda doğan çocuğun soy bağı, Türk Medeni Kanunu kapsamında evlilik birliği içinde kurulmuş kabul edilmekte ve hukuki açıdan geçerli sayılmaktadır (Boyras vd., 2023).

8.2. Üçüncü Şahıs (Donasyon) Yasası

Türkiye’de yardımcı üreme tekniklerinde üçüncü kişilere ait üreme hücrelerinin kullanılması yasal değildir. Bu kapsamda sperm, oosit veya embriyo donasyonu gibi uygulamalar yasaklanmış olup yalnızca evli çiftlere ait üreme hücrelerinin kullanımına izin verilmektedir. Ayrıca 2018 yılında yapılan düzenlemelerle birlikte, üçüncü şahısların sürece dahil olduğu taşıyıcı annelik uygulamaları da hukuken yasak kapsamına alınmıştır (Boyras vd., 2023).

8.3. Embriyo Transfer Sayısına İlişkin Sınırlamalar

İnfertilite tedavisinde gebelik olasılığını artırmak amacıyla birden fazla embriyonun transfer edilmesi çoğul gebelik riskini yükseltmektedir. Bu nedenle çoğul gebeliklerin önlenmesi amacıyla embriyo transfer sayısına yönelik yasal sınırlamalar getirilmiştir. Buna göre, 35 yaş altındaki kadınlarda birinci ve ikinci denemelerde yalnızca bir embriyo transferine izin verilmekte, üçüncü ve sonraki denemelerde ise en fazla iki embriyo transfer edilebilmektedir. Otuz

beş yaş ve üzerindeki kadınlarda ise tüm uygulamalarda en fazla iki embriyo transferine izin verilmektedir (Özcan vd., 2017).

8.4. Erişim Kısıtlılığı

Türkiye’de yürürlükte bulunan yasal düzenlemeler doğrultusunda yalnız yaşayan bireylerin, evli olmayan çiftlerin ve eşcinsel bireylerin yardımcı üreme tekniklerinden yararlanarak çocuk sahibi olmaları mümkün değildir. Ayrıca sosyal güvenlik kapsamında sunulan finansal desteklerden yararlanabilmek için de resmi evlilik şartı aranmaktadır (Özcan vd., 2017).

9. Avrupa Ülkelerinde Taşıyıcı Annelik

Taşıyıcı annelik, bir kadının başka bir birey veya çift adına gebeliği üstlenmesi, fetüsü taşıması ve doğum gerçekleştirmesi esasına dayanan bir yardımcı üreme teknolojisi uygulamasıdır. Bu yöntem; tekrarlayan gebelik kayıpları, sürekli düşükler, uterin faktörlere bağlı infertilite ve yinelenen in vitro fertilizasyon (IVF) başarısızlıkları gibi çeşitli tıbbi endikasyonlarda değerlendirilebilmektedir. Ayrıca taşıyıcı anneliğin yasal olduğu bazı Avrupa ülkelerinde, eşcinsel erkek çiftler ve bekar erkekler için ebeveynliğe ulaşmada alternatif bir yöntem olarak kullanılabildiği bildirilmektedir. Avrupa’da taşıyıcı anneliğe ilişkin yasal düzenlemeler ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Bazı ülkelerde yalnızca ticari amaç taşımayan ve gönüllülük esasına dayanan altruistik taşıyıcı annelik uygulamalarına izin verilmektedir. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, 2014 yılında Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nin 8. maddesi kapsamında, taşıyıcı annelik yoluyla yurtdışında doğan çocuk ile biyolojik ebeveynleri arasındaki yasal ebeveyn-çocuk ilişkisinin tanınmasının özel hayatın korunması hakkı kapsamında değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir (Dambach vd., 2025). Bununla birlikte Avrupa Parlamentosu, 2016 yılında taşıyıcı annelik ve çocuk haklarına ilişkin yeni düzenlemelerin oluşturulmasını reddetmiştir. Ayrıca Avrupa Parlamentosu komisyon temsilcileri, Ocak 2024 tarihinde taşıyıcı annelikte istismar niteliği taşıyan uygulamaları insan ticareti suçları kapsamına dahil etmiştir. Yunanistan, Danimarka, Kıbrıs, Portekiz, Belçika, Hollanda, Çek Cumhuriyeti ve Birleşik Krallık taşıyıcı anneliği belirli yasal çerçeveler içinde kabul eden Avrupa ülkeleri arasında yer almaktadır. Buna karşın Fransa, İtalya, Almanya, İspanya, İsveç, Finlandiya ve Avusturya’da taşıyıcı annelik uygulamaları açık yasal düzenlemelerle yasaklanmıştır (Fedele vd., 2025).

10.1. Elektif Tek Embriyo Transferini (eSET) Destekleyen Düzenlemeler

Avrupa ülkelerinde elektif tek embriyo transferi (eSET) uygulaması, çoğul gebelik risklerini azaltmak amacıyla çeşitli sağlık politikaları ve geri

ödeme sistemleriyle desteklenmektedir. Finansal destek mekanizmalarının eSET uygulamalarını teşvik ettiği ülkelerde çoğul gebelik oranlarının azaldığı, buna karşın canlı doğum oranlarının olumsuz etkilenmediği bildirilmektedir (ASRM, 2026).

Bazı Avrupa ülkelerinde yardımcı üreme tekniklerine yönelik finansman desteği belirli sınırlamalar çerçevesinde sunulmaktadır. Örneğin Belçika ve Slovenya’da, 35 yaş altındaki kadınlarda ilk iki yardımcı üreme tedavi döngüsünde yalnızca tek embriyo transfer edilmesi durumunda geri ödeme desteği sağlanmaktadır. Çek Cumhuriyeti’nde ise ilk iki denemesinde tek embriyo transferi uygulanan hastalara ek bir IVF döngüsü için finansman desteği verilmektedir. Hollanda benzer bir uygulamayı 38 yaş sınırı ile yürütürken, İsveç yalnızca tıbbi zorunluluk durumlarında çift embriyo transferine izin vermekte ve üç embriyo transferini kesin olarak yasaklamaktadır. Bununla birlikte, bazı araştırmacılar embriyo transfer sayısına ilişkin finansal sınırlamaların hasta hakları ve üreme otonomisi açısından tartışmalı olduğunu belirtmektedir. Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Derneği (ESHRE), elektif tek embriyo transferini destekleyen yasal düzenlemeler ile sağlık sigortası uygulamalarını uygun bulmaktadır. Ayrıca birden fazla embriyo transferinin planlandığı durumlarda, hastaların çoğul gebelik ve olası komplikasyonlar hakkında ayrıntılı biçimde bilgilendirilmesi ve ek yazılı onam alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Alteri vd., 2024; Tighe vd., 2025).

11. Trans Bireylerde Fertilitenin Korunması

Son yıllarda yardımcı üreme teknikleri yalnızca infertil çiftlerde değil, fertilitenin korunmasına yönelik özel gruplarda da önem kazanmaktadır. Bu gruplardan biri trans bireylerdir. Transgender bireylerde üreme sağlığının korunması, cinsiyet uyum sürecinde uygulanan hormon tedavileri ve cerrahi girişimlerin fertilite üzerinde kalıcı etkiler oluşturabilmesi nedeniyle önemli bir klinik konu olarak değerlendirilmektedir. Gender-affirming hormone therapy (GAHT) ve gonadektomi gibi cerrahi uygulamalar, yumurtalık veya testis fonksiyonlarının kaybına neden olabilmekte ve bireyin biyolojik ebeveynlik potansiyelini sınırlayabilmektedir. Bu nedenle güncel klinik rehberler, hormon tedavileri veya cerrahi işlemler başlamadan önce fertilite danışmanlığının standart bakımın bir parçası olarak sunulmasını önermektedir (Sterling & Garcia, 2020).

Bununla birlikte, rutin sağlık hizmetlerinde fertilite koruma görüşmeleri standart uygulamalar arasında yer almasına rağmen, trans bireylerin bakımında bu konunun sıklıkla göz ardı edildiği bildirilmektedir. Yardımcı üreme tedavi merkezleri ile doğum öncesi bakım ve ebelik hizmeti sunan kurumların,

cinsiyet uyum sürecindeki bireylere danışmanlık verme konusunda yeterli hazırlığa sahip olmadığı belirtilmektedir. Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri gibi bazı ülkelerde yardımcı üreme tekniklerinin yüksek maliyetli olması ve finansal destek mekanizmalarının yetersizliği önemli bir engel oluşturmaktadır. Bazı ülkelerdeki yasal düzenlemeler ise dondurulmuş üreme hücrelerinin kullanımını sınırlandırabilmektedir. Örneğin Almanya'da oosit paylaşımının yasal olmaması, trans erkeklerin dondurdukları oositleri ilerleyen dönemlerde partnerleriyle kullanmalarını engelleyebilmektedir (Amato, 2016).

11.1. Trans Kadınlarda Doğurganlığın Korunması

11.1.1. Ejakülat Spermi Kriyoprezervasyonu

Ejakülat sperminin dondurulması, puberteyi tamamlamış trans kadınlarda en sık tercih edilen ve uygulanması görece kolay yöntemlerden biridir. Sperm örnekleri masturbasyon, partner yardımı veya elektroejakülasyon yöntemleriyle elde edilmekte; ardından kriyoprezervasyon işlemi uygulanmaktadır. Saklanan sperm hücreleri ilerleyen dönemlerde intrauterin inseminasyon (IUI), in vitro fertilizasyon (IVF) veya intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) gibi yardımcı üreme tekniklerinde kullanılabilir. Bu yöntem, uzun süreli fertilitite koruması sağlaması ve tek örnekle birden fazla yardımcı üreme uygulamasına olanak tanınması açısından avantajlıdır (Amato, 2016; Sterling & Garcia, 2020).

11.1.2. Cerrahi Yöntemlerle Sperm Elde Edilmesi

Cerrahi sperm elde etme yöntemleri, özellikle ejakülatta sperm bulunmayan bireylerde (azoospermi) kullanılan girişimsel tekniklerdir. Bu yöntemlerde amaç, testis veya epididim dokusundan canlı sperm hücrelerinin elde edilerek ICSI gibi yardımcı üreme tekniklerinde kullanılmasını sağlamaktır. İşlem öncesinde bireylere genetik danışmanlık verilmesi, hormonal değerlendirme yapılması ve ayrıntılı ürolojik inceleme önerilmektedir. Cerrahi sperm elde etme yöntemleri daha invazif ve maliyetli uygulamalar arasında yer almaktadır (ASRM, 2026).

11.1.3. GAHT Sonrası Sperm Dondurma

Gender-affirming hormone therapy (GAHT), özellikle transfeminen bireylerde spermatogenezi baskılayarak sperm üretimi ve olgunlaşma süreçlerini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle fertilitenin korunmasına yönelik işlemlerin hormon tedavisi başlamadan önce planlanması önerilmektedir. Ancak bazı bireylerde hormon tedavisinin geçici olarak kesilmesiyle sperm üretiminin

yeniden sağlanabildiği ve kriyoprezervasyon işlemlerinin uygulanabildiği bildirilmektedir (Amato, 2016).

11.2. Trans Erkeklerde Doğurganlığın Korunması

Trans erkeklerde fertilite koruma yöntemleri, hormon tedavisi öncesinde veya hormon tedavisine ara verilmesi koşuluyla tedavi sürecinde uygulanabilmektedir.

11.2.1. Oosit Kriyoprezervasyonu

Oosit kriyoprezervasyonu, bireyden elde edilen oositlerin gelecekte kullanılmak üzere dondurularak saklanması işlemidir. Günümüzde fertilite koruma yöntemleri arasında yaygın biçimde kullanılmaktadır. Özellikle üreme sağlığını etkileyebilecek tıbbi tedaviler veya gebeliğin ertelenmesini gerektiren bireysel nedenler varlığında tercih edilmektedir. Bu yöntemin uygulanabilmesi için bireyin testosteron tedavisine ara vermesi ve kontrollü ovaryan stimülasyon amacıyla dışarıdan hormonal destek alması gerekmektedir (Amato, 2016).

11.2.2. Embriyo Kriyoprezervasyonu

Embriyo kriyoprezervasyonu, elde edilen embriyoların ilerleyen dönemlerde kullanılmak üzere dondurularak saklanması işlemidir. Güncel rehberlerde, gebelik elde etme başarısı yüksek olan fertilite koruma yöntemlerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Bu yöntemde oositler toplandıktan sonra partner veya donörden elde edilen sperm ile döllenmekte ve oluşan embriyolar kriyoprezervasyon yöntemiyle saklanmaktadır (ASRM, 2026; Sterling & Garcia, 2020).

11.2.3. Doğal Gebelik

Trans erkeklerin cinsiyet uyum süreci sonrasında sağlıklı gebelik ve doğum deneyimi yaşayabildiği bildirilmektedir. Bununla birlikte testosteron tedavisi devam ederken istenmeyen gebeliklerin oluşabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle uygun aile planlaması yöntemlerinin değerlendirilmesi ve bireylere danışmanlık hizmeti sunulması önem taşımaktadır (Sterling & Garcia, 2020).

12. Yardımcı Üreme Tekniklerinde Yapay Zeka

Yapay zeka teknolojileri, günümüzde sağlık hizmetleri başta olmak üzere yaşamın birçok alanında yaygın olarak kullanılmaktadır. Yardımcı üreme tekniklerinde (ART) yapay zeka uygulamaları ise özellikle embriyo değerlendirmesi, embriyo seçimi ve gebelik olasılığının tahmin edilmesi süreçlerinde önemli katkılar sağlamaktadır. Yardımcı üreme tekniklerinde başarı oranlarını artırmak amacıyla farklı veri türlerini bütüncül şekilde analiz

eden yapay zeka tabanlı modeller geliştirilmektedir. Yapay zeka sistemleri; embriyoların gelişim evrelerini, morfolojik özelliklerini ve kalite düzeylerini değerlendirerek transfer için en uygun embriyonun belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca güncel yaklaşımlarda, uygulanan tedavi protokolünün gebelikle sonuçlanma olasılığını önceden tahmin edebilmek amacıyla yapay zeka destekli biyobelirteçlerden ve algoritmalarından yararlanılmaktadır. Bu teknolojik uygulamalar, üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde klinik karar verme süreçlerini desteklemekte, tedavi planlamasının daha bireyselleştirilmiş şekilde yürütülmesine katkı sağlamakta ve başarı oranlarının artırılmasına yardımcı olmaktadır. Yapay zeka uygulamalarının temel amacı; hasta özellikleri, hormonal parametreler, embriyo gelişim verileri ve klinik sonuçlar gibi çok boyutlu verileri entegre ederek klinik karar alma süreçlerini kolaylaştırmak ve daha etkin tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesini desteklemektir (Ouyang & Wei, 2025).

13. Sonuç

Yardımcı üreme teknikleri, infertilite tedavisinde gebelik şansını artıran ve günümüzde üreme sağlığı alanının temel uygulamalarından biri haline gelen önemli klinik yaklaşımlardır. İntrauterin inseminasyondan in vitro fertilizasyona, kriyoprezervasyon uygulamalarından fertilite koruma yöntemlerine kadar uzanan bu teknikler; yalnızca infertil çiftlerde değil, kanser tedavisi görecekt bireylerde ve trans bireylerde de üreme potansiyelinin korunmasına katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte yardımcı üreme teknikleri; etik, hukuki ve sosyal boyutları nedeniyle multidisipliner değerlendirme gerektiren uygulamalardır. Türkiye’de mevcut yasal düzenlemeler yardımcı üreme tekniklerinin uygulanmasını belirli sınırlar içerisinde tanımlamakta; evlilik şartı, donasyon yasağı ve embriyo transfer sayısına ilişkin sınırlamalar gibi uygulamalarla süreç denetlenmektedir. Avrupa ülkelerinde ise taşıyıcı annelik, donasyon ve embriyo transferine ilişkin düzenlemelerde önemli farklılıklar bulunmakta; bu durum üreme turizmi gibi yeni kavramların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Günümüzde yapay zeka destekli uygulamaların embriyo değerlendirme ve tedavi planlama süreçlerinde kullanılmaya başlanması, yardımcı üreme tekniklerinde bireyselleştirilmiş bakım anlayışını güçlendirmektedir. Bu süreçte sağlık profesyonellerinin; etik ilkelere bağlı, kanıta dayalı, birey merkezli ve hak temelli bir yaklaşım benimsemesi büyük önem taşımaktadır. Özellikle ebeler, hemşireler ve diğer sağlık profesyonellerinin danışmanlık, psikososyal destek ve eğitim rollerini etkin biçimde sürdürmesi; infertilite sürecinin yönetiminde bireylerin fiziksel ve ruhsal iyilik halinin korunmasına önemli katkılar sağlayacaktır.

14. Kaynakça

- Alteri, A., Arroyo, G., Baccino, G., Craciunas, L., De Geyter, C., Ebner, T., Koleva, M., Kordic, K., Mcheik, S., Mertes, H., Pavicic Baldani, D., Rodriguez-Wallberg, K. A., Rugescu, I., Santos-Ribeiro, S., Tilleman, K., Woodward, B., Vermeulen, N., & Veleza, Z. (2024). ESHRE guideline: Number of embryos to transfer during IVF/ICSI. *Human Reproduction*, 39(4), 647–657. <https://doi.org/10.1093/humrep/deae010>
- Amato, P. (2016, June 17). *Fertility options for transgender persons*. Women & Infants Fertility Center. <https://fertility.womenandinfants.org/treatment/fertility-preservation/transgender-fertility>
- Boyras, H. G., Nefes, H. N., Aydın, E., & Erbil, N. (2023). Yardımcı üreme tekniklerinde yasal durum ve etik sorunlar [Legal status and ethical issues in assisted reproductive techniques]. *Androloji Bülteni*, 25, 96–102. <https://doi.org/10.24898/tandro.2023.46656>
- Coşkun, A. (Ed.). (2016). Kadın sağlığı ve hastalıkları öğrenim rehberi (3. bs., ss. 406–407). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Dambach, M., Smolin, D. M., & Trimmings, K. (2025). European Court of Human Rights cross-border surrogacy decisions unintentionally undermine the child's right to identity, the prohibition of child sale and the best interests principle. *The International Journal of Children's Rights*. https://brill.com/view/journals/chil/33/4/article-p777_002.xml
- Fedele, F., Scaravelli, G., Spoleitini, R., De Luca, R., Vigiliano, V., Bolli, S., Speziale, L., Mazzola, M., Bertini, A., & Di Monte, C. (2025). Comparison of the legal regulation of surrogacy in fifteen European countries. *Human Reproduction*, 40(Suppl. 1), deaf097.664. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaf097.664>
- Jain, M., Fang, E., & Singh, M. (2026). Assisted reproductive technology (ART) techniques. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576409/>
- Ouyang, X., & Wei, J. (2025). *Multi-modal artificial intelligence of embryo grading and pregnancy prediction in assisted reproductive technology: A review*. arXiv. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2505.20306>
- Özcan, F. I., Sert, G., & Gönenç, F. İ. (2017). Türkiye’de üremeye yardımcı teknikler ile ilgili hukukî düzenlemelerin tıp hukuku açısından incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History – Special Topics*, 3(3), 145–149.
- American Society for Reproductive Medicine (ASRM). (2026). Fertility preservation in patients with medical indications: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 125(2), 247–259. <https://www.asrm.org/practice-guidance/practice-committee-documents/fertility-preservation-in-patients-with-medical-indications-a-committee-opinion-2026/>

- Shenfield, F., Tarlatzis, B., Baccino, G., Bounartzi, T., Frith, L., Pennings, G., Provoost, V., Vermeulen, N., & Mertes, H. (2025). Ethical considerations on surrogacy. *Human Reproduction*, 40(3), 420–425. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaf006>
- Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020). Fertility preservation options for transgender individuals. *Translational Andrology and Urology*, 9(Suppl. 2), S215–S226. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.09.28>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014, 30 Eylül). Üremeye yardımcı tedavi uygulamaları ve üremeye yardımcı tedavi merkezleri hakkında yönetmelik (Sayı: 29135). Resmî Gazete. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20085&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=>
- Tighe, J., Broughton, S., Roberts, R., Kasaven, L. S., Cutting, R., Bridges, E., Ng, A., Evans, A., Theodorou, E., Ben Nagi, J., & Jones, B. P. (2025). Effectiveness and safety of consecutive single embryo transfer compared to double embryo transfer: Results from the UK HFEA registry. *Human Reproduction*, 40(5), 885–894. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaf028>
- World Health Organization. (2020). *Infertility definitions and terminology*. <https://www.who.int/news/item/04-02-2020-multiple-definitions-of-infertility>
- World Health Organization. (2023). *Infertility prevalence estimates, 1990–2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/978920068315>
- Yıldırım, H. D. (2017). Üremeye yardımcı tedavide üçüncü kişiden üreme hücresi alınması, yaklaşımlar ve hukuksal sorunlar. *Adli Tıp Dergisi*, 31(3), 143–154. <https://izlik.org/JA39RM59ET>

Kanıtı Dayalı Yaklaşımlar Işığında Normal Doğum Yönetimi: Ebelik Hizmetlerinin Rolü

Çağla Çamlı¹

Kübra Nur Kılıç²

Özet

Kanıtı dayalı uygulamalar, normal doğum yönetiminde anne ve bebeğin fizyolojik gereksinimlerini merkeze alan, güvenli ve kaliteli bakım sunumunu destekleyen önemli yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Kadın merkezli bakım anlayışı doğrultusunda yürütülen bu uygulamalar; gereksiz obstetrik müdahalelerin azaltılmasını, doğum sürecinin fizyolojik akışının korunmasını, intrapartum dönemin daha etkin yönetilmesini ve anne-bebek bağlanmasının güçlendirilmesini amaçlamaktadır. Bilimsel kanıtlar, sürekli ebe desteği ile yürütülen doğum bakımının maternal memnuniyeti artırdığını, yenidoğanın Apgar skorlarını olumlu etkilediğini ve postpartum adaptasyon sürecini kolaylaştırdığını göstermektedir. Ayrıca doğum sonrası erken emzirmenin desteklenmesi, doğru emzirme tekniklerinin öğretilmesi ve anne-bebek etkileşiminin güçlendirilmesi postpartum iyilik haline katkı sağlamaktadır.

Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan non-farmakolojik yöntemler, kadının doğum deneyimini daha konforlu ve olumlu hale getirirken, doğuma ilişkin korku ve kaygının azaltılmasına da yardımcı olmaktadır. Klinik deneyime sahip ebeler tarafından sunulan sürekli destek bakım modeli; güvenli, saygılı ve bireyselleştirilmiş doğum hizmetlerinin temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Kanıtı dayalı uygulamaların doğum bakımında etkin biçimde kullanılması, kadınların normal doğuma yönelik algılarının olumlu yönde gelişmesini desteklemektedir. Bu nedenle gebelerin söz konusu uygulamalar hakkında bilgilendirilmesi, teşvik edilmesi ve doğum sürecinde sürekli ebe/destekçi bakımının sağlanması büyük önem taşımaktadır.

1 Yl. Öğr., Karabük Üniversitesi, caglacamli612@gmail.com, 0009-0000-8768-5855

2 Arş. Gör., Karabük Üniversitesi, kubranurkiloc@karabuk.edu.tr, 0000-0003-4261-808X

1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre normal doğum; doğum eyleminin spontan olarak başlaması, süreç boyunca anne ve fetüste herhangi bir risk faktörünün bulunmaması, fetüsün vertex prezentasyonunda olması ve doğum sonrasında hem annenin hem de yenidoğanın sağlık durumunun iyi olması ile karakterize edilen fizyolojik bir süreçtir (WHO, 2018). Doğum eylemi; uterin kontraksiyonlar ve annenin ıkınma gücünü ifade eden güçler, fetüse ait özellikler (boyut, prezentasyon vb.), annenin pelvis ve yumuşak dokularından oluşan doğum yolu ile annenin psikolojik durumunun etkileşimi sonucu şekillenen dinamik bir süreçtir (Demirgöz Bal & Dereli Yılmaz, 2017).

Gebelik, doğum ve doğum sonrası bakımın; güncel bilimsel kanıtlar, sağlık profesyonellerinin klinik deneyimleri ve kadının bireysel tercihleri doğrultusunda planlanması kanıta dayalı doğum bakımını ifade etmektedir. Bu yaklaşımın temel amacı; anne ve yenidoğan sağlığını iyileştirmek, gereksiz obstetrik müdahaleleri azaltmak ve fizyolojik doğum sürecini desteklemektir (Miller vd., 2016; WHO, 2018). Kanıta dayalı intrapartum bakım modelinin kadınların doğum korkusunu azalttığı, doğum deneyimini olumlu yönde etkilediği ve bakım kalitesini artırdığı bildirilmektedir (Abdolalipour vd., 2024).

Kanıta dayalı uygulamalar; isteğe bağlı sezaryen oranlarının azaltılması, doğumun doğal sürecinin desteklenmesi ve pozitif doğum deneyiminin sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Özellikle sürekli ebe desteği, mobilizasyonun kısıtlanmaması, non-farmakolojik ağrı yönetim yöntemlerinin kullanılması ve kadının doğum sürecine aktif katılımının desteklenmesi, maternal ve neonatal doğum sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir (Bohren vd., 2017).

Tüm bu kanıtlar birlikte değerlendirildiğinde, fizyolojik doğum sürecinin desteklenmesinde kadın merkezli ve müdahalesiz bakım yaklaşımının yalnızca maternal ve neonatal sonuçları iyileştirmekle kalmadığı, aynı zamanda kadınların doğum deneyimini daha güvenli, saygılı ve olumlu şekilde yaşamalarına katkı sağladığı görülmektedir.

2. Normal Doğumun Fizyolojik İlerleyişi

Gebeliğin term döneme ulaşmasıyla birlikte maternal ve fetal nöroendokrin sistemde meydana gelen fizyolojik değişikliklerin etkisiyle doğum süreci başlamaktadır. Özellikle östrojen/progesteron oranındaki artış, prostaglandin sentezinin yükselmesi ve uterus oksitosin reseptör duyarlılığının artması sonucunda düzenli uterin kontraksiyonlar ortaya çıkmaktadır. Bu kontraksiyonlar servikal olgunlaşma sürecini başlatarak servikte silinme (efasman) ve dilatasyon

gelişmesine katkı sağlamaktadır. Doğum eylemi boyunca fetüs, doğum kanalında ilerlerken kardinal hareketler olarak tanımlanan iniş, fleksiyon, iç rotasyon, ekstansiyon ve dış rotasyon mekanizmaları aracılığıyla doğum sürecini tamamlamaktadır. Doğumun son evresinde plasentanın uterin duvardan ayrılması ve dışarı atılması ile fizyolojik doğum süreci sonlanmaktadır (Cunningham vd., 2022).

Normal doğum sürecinde kanıta dayalı yaklaşımların sağlık profesyonelleri tarafından uygulanması, doğum takibinin daha güvenli, etkili ve kadın merkezli yürütülmesine katkı sağlamaktadır. Bu uygulamalar; gereksiz müdahalelerin azaltılması, annenin doğum sürecine aktif katılımının desteklenmesi ve doğum deneyiminin olumlu yönde geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Ayrıca postpartum dönemde anne-bebek bağlanmasının güçlenmesine, erken emzirmenin desteklenmesine ve yenidoğanın ekstremiterinin yaşama adaptasyonunun kolaylaşmasına katkıda bulunmaktadır (WHO, 2018).

2.1. Doğumun 1. Evresinin Kanıta Dayalı Yönetimi

Doğumun birinci evresi, düzenli uterin kontraksiyonların başlaması ile serviksin tam dilatasyona (10 cm) ulaşması arasında geçen süreyi kapsamaktadır. Bu evre latent ve aktif faz olmak üzere iki bölümde değerlendirilmektedir.

a) Latent faz, servikal dilatasyonun yaklaşık 0–5 cm arasında olduğu dönemi ifade etmektedir. Bu fazda servikal silinme ve dilatasyon yavaş ilerlemekte olup kontraksiyonlar genellikle düzensiz ve hafif şiddettedir.

b) Aktif faz ise servikal dilatasyonun 5 cm'den tam dilatasyona ulaşmasına kadar devam eden süreci kapsamaktadır. Bu dönemde uterin kontraksiyonlar daha düzenli, sık ve güçlü hale gelmekte; servikal dilatasyon daha hızlı ilerlemektedir.

Kanıta dayalı rehberlerde aktif faz süresinin nullipar kadınlarda yaklaşık 12 saati, multipar kadınlarda ise 10 saati aşmaması gerektiği belirtilmektedir. Doğumun birinci evresinde annenin fiziksel ve psikolojik gereksinimlerinin desteklenmesi, sürekli ebe desteğinin sağlanması, mobilizasyonun teşvik edilmesi, yeterli hidrasyonun sürdürülmesi ve gereksiz müdahalelerden kaçınılması doğum sürecinin fizyolojik ilerlemesine katkı sağlamaktadır. Ayrıca bu uygulamalar, kadının doğum deneyiminin olumlu yönde gelişmesini desteklemekte ve maternal memnuniyeti artırmaktadır (NICE, 2023).

3. Doğumun birinci evresinde kanıtı dayalı uygulamalar

3.1. Sürekli Ebe/destekçi Varlığı

Doğum sürecinde sürekli ebe veya destekçi varlığının; doğum süresinin kısalması, sezaryen oranlarının azalması ve anne memnuniyetinin artması gibi olumlu sonuçlarla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Sürekli destek alan kadınların doğum deneyimlerini daha olumlu değerlendirdikleri, kaygı düzeylerinin azaldığı ve doğum sürecine daha aktif katılım gösterdikleri belirtilmektedir. Bu bulgular, Dünya Sağlık Örgütü'nün intrapartum bakım modelinde vurgulanan sürekli destekleyici doğum bakımının olumlu klinik ve psikososyal etkilerini desteklemektedir (WHO, 2018). Sürekli ebe desteği aynı zamanda kadının bireysel gereksinimlerinin karşılanmasına, güven duygusunun güçlenmesine ve fizyolojik doğum sürecinin desteklenmesine katkı sağlamaktadır.

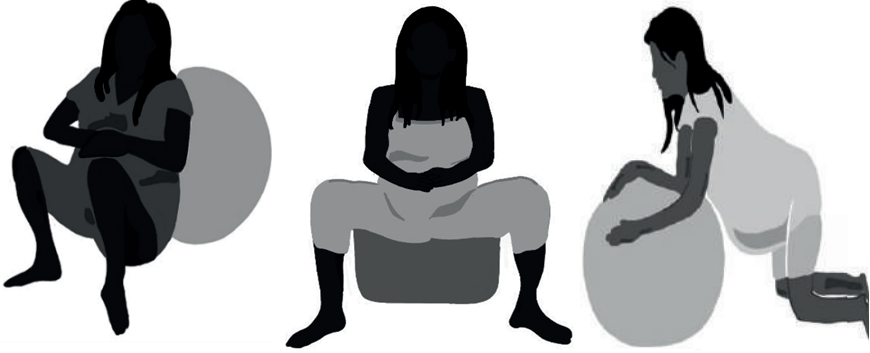
3.2. Serbest Hareket ve Pozisyon Değişikliği

Doğumun birinci evresinde gebenin hareket özgürlüğünün desteklenmesi ve pozisyon değişikliğine izin verilmesi, fizyolojik doğum sürecinin önemli bileşenleri arasında yer almaktadır. Sürekli sırtüstü (supin) pozisyonun; maternal hipotansiyon, azalmış uteroplasental perfüzyon ve fetal distres gibi olumsuz sonuçlara yol açabileceği bildirilmektedir. Ayrıca bu pozisyonun uterin kontraksiyonların etkinliğini azaltabileceği belirtilmektedir.

Buna karşın doğum sırasında tercih edilen dik pozisyonların; travay süresinin kısalmasına katkı sağladığı, yer çekiminin etkisiyle aortokaval kompresyonu azalttığı ve uterin aktiviteyi artırdığı ifade edilmektedir. Dik pozisyonlar aynı zamanda pelvik çıkımın genişlemesini destekleyerek fetüsün doğum kanalından ilerlemesini kolaylaştırmakta, müdahaleli doğum ve epizyotomi oranlarının azalmasına katkıda bulunmaktadır (Bergiten Ergin, 2017).

Yenidoğan sonuçları açısından değerlendirildiğinde, dik pozisyonların çoğunun güvenli olduğu, Apgar skorları ve yenidoğan yoğun bakım gereksinimi üzerinde olumsuz bir etkisinin bulunmadığı bildirilmektedir. Güncel kanıtlar, gebenin kendini rahat hissettiği ve tercih ettiği pozisyonun desteklenmesi gerektiğini vurgulamakta; sağlık profesyonellerinin sürekli sırtüstü pozisyonu dayatmak yerine kadın merkezli ve kanıtı dayalı bakım yaklaşımını benimsemelerini önermektedir. Güncel literatür, doğum sırasında kadının hareket özgürlüğünün desteklenmesinin fizyolojik doğum sürecini kolaylaştırdığını ve müdahaleli doğum gereksinimini azaltabildiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle gebenin kendi tercih ettiği pozisyonlarda doğuma aktif katılımının desteklenmesi önerilmektedir. 1. evrede dik pozisyonların kullanımını

kanıt düzeyi kategori A kapsamında değerlendirerek desteklemektedir (Satone & Tayade, 2023).



Satone PD, Tayade SA. Alternative Birthing Positions Compared to the Conventional Position in the Second Stage of Labor: A Review. Cureus. 2023 Apr 21;15(4):e37943. doi: 10.7759/cureus.37943. PMID: 37223195; PMCID: PMC10202683. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10202683/>

3.3. Oral Sıvı Alımı ve Hafif Beslenme

Doğum süreci, kadın açısından fiziksel olarak yorucu ve yüksek enerji gerektiren bir süreçtir. Özellikle travayın uzun sürmesi durumunda annenin enerji gereksinimi artmaktadır. Kanıta dayalı doğum uygulamalarında, düşük riskli gebelerde oral sıvı ve hafif besin alımının rutin olarak kısıtlanmaması önerilmektedir. Kadının doğum sürecinde aç bırakılmaması; enerji düzeyinin korunmasına, dayanıklılığın artırılmasına ve doğum deneyiminin daha konforlu geçirilmesine katkı sağlamaktadır. Ayrıca yeterli sıvı ve enerji desteğinin bakım kalitesini olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Alhafez & Berghella, 2020).

3.4. Fetal İzlem

Spontan ilerleyen ve düşük riskli gebeliklerde fetal iyilik halinin değerlendirilmesi amacıyla sürekli kardiyotokografi (CTG) kullanımı rutin olarak önerilmemektedir. Kanıta dayalı rehberlerde, sağlıklı gebelerde fetal kalp hızının değerlendirilmesi için Doppler ultrason cihazı veya Pinard fetal stetoskop ile aralıklı oskültasyon yapılması önerilmektedir (NICE, 2023).

3.5. Servikal değerlendirme

Vajinal muayene, doğumun ilerleyişini değerlendirmede önemli bir uygulama olmakla birlikte, sık uygulanması kadın açısından rahatsızlık verici ve anksiyete artırıcı olabilmektedir. Ayrıca gereksiz vajinal muayenelerin enfeksiyon riskini

artırabileceği ve spontan ilerleyen doğum sürecini olumsuz etkileyebileceği bildirilmektedir. Bu nedenle kanıta dayalı uygulamalarda, düşük riskli gebelerde servikal değerlendirmenin gereksinim doğrultusunda yapılması ve rutin olarak dört saatte bir değerlendirilmesi önerilmektedir (WHO, 2018).

3.6. Doğum ilerleyişinin değerlendirilmesi

Vajinal doğum sürecinde doğum ilerleyişinin değerlendirilmesinde partograf kullanımı önerilmektedir. Geleneksel partograf yaklaşımı, doğum eyleminin servikal dilatasyon hızına göre değerlendirildiği Friedman modeline dayanmaktadır (WHO, 2018). Bu modelde doğum ilerleyişi sabit bir servikal açılma hızına göre takip edilmekte, uyarı ve müdahale çizgileri doğrultusunda daha müdahale odaklı bir yaklaşım benimsenmektedir.

Ancak güncel bilimsel kanıtlar, doğum ilerleyişinin her kadında aynı hızda gerçekleşmediğini ortaya koymuştur. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü, 2020 yılında daha bireyselleştirilmiş ve kadın merkezli bir yaklaşım olan “Doğum Bakım Kılavuzu”nu (Labor Care Guide) geliştirmiştir. Bu rehber; annenin klinik durumunun bütüncül değerlendirilmesini, kadının karar verme sürecine aktif katılımını, bireysel tercihlerine saygı duyulmasını ve gereksiz müdahalelerin azaltılmasını amaçlamaktadır (Ceylan, Bulut, & Karahan, 2023).

3.7. Ağrı Yönetimi

Doğum ağrısı yönetiminde kullanılan kanıta dayalı uygulamalar, kadının doğum deneyimini daha olumlu ve konforlu hale getirmeyi amaçlamaktadır. Non-farmakolojik yöntemler kapsamında yer alan nefes egzersizleri, masaj, hidroterapi (ılık duş ve su içinde doğum desteği), aromaterapi, mobilizasyon, müzik ve dans uygulamaları; doğum sürecinde ağrı ile baş etmeyi kolaylaştıran, anne konforunu artıran ve fizyolojik doğum sürecini destekleyen güvenli tamamlayıcı yaklaşımlar arasında yer almaktadır (Alhafez & Berghella, 2020). Bu yöntemlerin aynı zamanda annenin gevşemesine katkı sağladığı, kaygıyı azalttığı ve kadının doğum sürecine aktif katılımını desteklediği bildirilmektedir.

Farmakolojik yöntemler arasında yer alan epidural analjezi ise travay sırasında ağrı şiddetini azaltmak amacıyla, kadının tercihi doğrultusunda sağlıklı gebelerde uygulanabilmektedir. Epidural analjezinin etkili ağrı kontrolü sağladığı ve doğum deneyimini olumlu yönde etkileyebildiği belirtilmektedir. Bununla birlikte kanıta dayalı rehberlerde, doğum sürecindeki gecikmeyi önlemek veya augmentasyon gereksinimini azaltmak amacıyla rutin analjezik kullanımının önerilmediği vurgulanmaktadır (NICE, 2023; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).



Sakral Bölge Masaj Uygulaması

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). *Ebelere yönelik doğum eylemi yönetimi klinik rehberi*.
T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. https://www.tjod.org/wp-content/uploads/2025/05/ebeleren_yonnormldogumeylemiyon22052025pdf.pdf

3.8. Müdahalelerin Akılcı Kullanımı

Doğumun birinci evresinde kanıta dayalı bakım yaklaşımı kapsamında gereksiz obstetrik girişimlerden kaçınılması önerilmektedir. Fizyolojik doğum sürecinin desteklenmesi amacıyla, spontan ilerleyen doğumlarda rutin müdahalelerin uygulanmaması büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda antispazmolitik ajanların rutin kullanımı ve intravenöz sıvı uygulamaları düşük riskli gebelerde önerilmemektedir. Ayrıca erken amniyotominin rutin olarak uygulanmasının doğum sonuçları açısından belirgin bir yarar sağlamadığı, bu nedenle yalnızca tıbbi endikasyon varlığında değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Benzer şekilde, doğum eylemini hızlandırmak amacıyla tıbbi gereklilik olmaksızın indüksiyon veya oksitosin kullanımından kaçınılması önerilmektedir. Gereksiz müdahalelerin, doğum sürecinin fizyolojik ilerleyişini bozabileceği ve maternal memnuniyeti olumsuz etkileyebileceği bildirilmektedir. Kanıta dayalı rehberlerde ayrıca spontan vajinal doğum öncesinde rutin pubik tıraş uygulamasının önerilmediği, lavman uygulamasının ise anne ve yenidoğan sonuçları açısından kanıtlanmış bir yarar sağlamadığı ifade edilmektedir. Güncel obstetrik yaklaşım, doğum sürecinde rutin ve gereksiz müdahalelerin azaltılmasını; fizyolojik doğumun desteklenmesini ve kadının doğum deneyimine aktif katılımının korunmasını öncelikli hedefler arasında değerlendirmektedir. Bu nedenle fizyolojik doğum sürecinin korunması, kadın merkezli bakımın desteklenmesi ve gereksiz müdahalelerin azaltılması amacıyla söz konusu uygulamalardan kaçınılması önem taşımaktadır (WHO, 2018; NICE, 2023).

4. Doğumun İkinci Evresinin Kanıta Dayalı Yönetimi

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre doğumun ikinci evresi, serviksın tam dilatasyona ulaşması ile fetüsün doğumu arasında geçen süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu evrede, güçlü uterin kontraksiyonların etkisiyle kadın genellikle istemsiz olarak aşağı doğru ıkmma isteği hissetmektedir. Fetüsün doğum kanalında ilerlemesiyle birlikte kardinal hareketler tamamlanmakta ve doğum gerçekleşmektedir (WHO, 2018).

Doğumun ikinci evresinin süresi; parite, maternal pozisyon, uterin kontraksiyonların etkinliği, fetal durum ve annenin fiziksel-psikolojik özellikleri gibi birçok faktöre bağlı olarak değışiklik gösterebilmektedir. Kanıta dayalı rehberlerde bu evrenin nullipar kadınlarda genellikle yaklaşık 3 saat içinde, multipar kadınlarda ise ortalama 2 saat içerisinde tamamlandığı belirtilmektedir (WHO, 2018).

Doğumun ikinci evresinde kadın merkezli bakım yaklaşımının sürdürülmesi, annenin fiziksel ve emosyonel olarak desteklenmesi, uygun pozisyon seçimine izin verilmesi ve gereksiz müdahalelerden kaçınılması fizyolojik doğum sürecinin korunması açısından önem taşımaktadır. Ayrıca bu dönemde sürekli ebe desteğinin sağlanması, kadının doğum deneyimini olumlu yönde etkileyerek maternal memnuniyetin artmasına katkı sağlamaktadır (WHO, 2018).

5. Doğumun İkinci Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar

5.1. ıkmma Yöntemi

Doğumun ikinci evresinde uterin kontraksiyonların şiddetinin artmasıyla birlikte kadınlarda doğal olarak aşağı doğru ıkmma hissi oluşmaktadır. Kanıta dayalı bakım yaklaşımında, kadının kendi beden sinyallerini takip etmesi ve spontan ıkmma davranışının desteklenmesi önerilmektedir. Yer çekiminin etkisinden yararlanılması ve kadının kendini rahat hissettiği pozisyonlarda doğuma katılımının sağlanması fizyolojik doğum sürecini olumlu yönde etkilemektedir (NICE, 2023; WHO, 2018).

Uzun süreli ve yönlendirilmiş Valsalva tipi ıkmmanın maternal yorgunluğu artırabileceği, uteroplental dolaşımı azaltabileceği ve fetal asidoz riskini yükseltebileceği bildirilmektedir. Bu nedenle rutin olarak uzun süre nefes tutularak yapılan ıkmma yöntemleri önerilmemektedir. Kadının bireysel gereksinimlerine uygun, spontan ve destekleyici ıkmma yaklaşımının benimsenmesi önerilmektedir (NICE, 2023; WHO, 2018).

5.2. Fetal İzlem

Fetal hipoksi, yenidoğanın sağlığını ve uzun dönem gelişimini etkileyebilen önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle doğumun ikinci evresinde fetal iyilik halinin uygun yöntemlerle izlenmesi büyük önem taşımaktadır. Kanıta dayalı uygulamalarda amaç; fetal hipoksiyi erken dönemde belirlemek ve gereksiz obstetrik müdahalelerden kaçınmaktır (NICE, 2023; WHO, 2018).

Düşük riskli gebeliklerde doğumun ikinci evresinde aralıklı oskültasyon önerilirken, yüksek riskli gebeliklerde sürekli elektronik fetal monitörizasyon ile fetal izlemin sürdürülmesi gerektiği belirtilmektedir (NICE, 2023).

5.3. Perineal Travmayı Önleme Teknikleri

Doğumun ikinci evresinde perineal travmanın azaltılması amacıyla çeşitli koruyucu uygulamalar önerilmektedir. Kadının tercihleri ve klinik gereksinimleri doğrultusunda uygulanan perine masajı, sıcak kompres uygulaması ve “dokunarak koruma” tekniklerinin spontan doğumu desteklediği ve perineal hasarı azaltabileceği bildirilmektedir. Kanıta dayalı rehberlerde, spontan vajinal doğum yapan kadınlarda epizyotominin rutin veya serbest kullanımının önerilmediği vurgulanmaktadır. Epizyotominin yalnızca tıbbi gereklilik durumunda uygulanması gerektiği belirtilmektedir (Aasheim vd.,2017; NICE, 2023; WHO, 2018).

6. Doğumun Üçüncü Evresinin Kanıta Dayalı Yönetimi

Doğumun üçüncü evresi, bebeğin doğumundan sonra başlayıp plasentanın doğumu ile sonlanan süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde plasentanın uterin duvardan ayrılması, uterin kontraksiyonların devam etmesi ve ayrılma bölgesindeki damarların kapanması ile fizyolojik süreç tamamlanmaktadır. Doğumun üçüncü evresinin uygun şekilde yönetilmesi, özellikle postpartum hemorajinin önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Demirgöz Bal & Dereli Yılmaz, 2017).

6.1. Profilaktik Uterotonikler

Doğumun üçüncü evresinde postpartum hemorajinin önlenmesi amacıyla tüm vajinal doğumlarda profilaktik uterotonik kullanımının önerildiği bildirilmektedir. Bu amaçla oksitosin (10 IU IM/IV), postpartum kanamanın önlenmesinde ilk tercih edilen uterotonik ajan olarak önerilmektedir. Oksitosinin bulunmadığı durumlarda uygun koşullar sağlandığında ergometrin/metilergometrin veya oksitosin-ergometrin kombinasyonu gibi diğer enjekte edilebilir uterotonikler kullanılabilir. Ayrıca oral 600 µg misoprostol

uygulanması da üçüncü evrenin kanıtı dayalı yönetiminde önerilen uygulamalar arasında yer almaktadır (Escobar vd., 2022).

6.2. Göbek Kordonunu Geç Klemleme

Umbilikal kordun geç klemplenmesi, yenidoğana plasental kan geçişinin devam etmesini sağlayarak bebeğin kan hacminde ve kırmızı kan hücrelerinde yaklaşık %30–60 oranında artış sağlamaktadır. Bu durumun yenidoğanda anemi riskini azalttığı ve kardiyopulmoner adaptasyonu desteklediği bildirilmektedir (Demirgöz Bal & Dereli Yılmaz, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü, anne ve yenidoğan sağlığını desteklemek ve beslenme ile ilişkili sorunları azaltmak amacıyla göbek kordonunun doğumdan sonra en az bir dakika geçmeden klemplenmemesini önermektedir (WHO, 2018).

6.3. Kontrollü Kordon Traksiyonu

Kontrollü kordon traksiyonu (KKT), plasantanın kontrollü şekilde ayrılmasını desteklemek amacıyla uygulanan yöntemlerden biridir. Kanıtı dayalı rehberlerde, deneyimli sağlık profesyonellerinin bulunduğu ortamlarda uygulandığında doğumun üçüncü evresini kısaltabileceği ve kan kaybını bir miktar azaltabileceği belirtilmektedir. Ancak uygulamanın dikkatli ve uygun tekniklerle gerçekleştirilmesi önem taşımaktadır (Escobar vd.,2022).

6.4. Uterus Masajı

Uterus masajı, kısa süreli uygulandığında uterin kontraksiyonları artırarak uterin atoni riskini azaltabilmektedir. Bununla birlikte sürekli ve yoğun uterus masajının uterin kas yorgunluğuna yol açabileceği, uterusun fizyolojik kontraksiyon ritmini bozabileceği ve kontraksiyon etkinliğini azaltabileceği bildirilmektedir.

Kanıtı dayalı rehberlerde, profilaktik oksitosin uygulanan kadınlarda postpartum hemorajiyi önlemek amacıyla rutin ve sürekli uterus masajının önerilmediği belirtilmektedir (Aslan, 2023; Escobar vd.,2022).

7. Doğumun Dördüncü Evresinin Kanıtı Dayalı Yönetimi

Doğumun dördüncü evresi, plasantanın doğumuyla başlayan ve postpartum ilk dört saati kapsayan kritik bir dönemdir. Bu evre, özellikle farmakolojik yöntemlerin (anestezi vb.) uygulanmış olması veya doğumun önceki evrelerinde maternal ya da fetal risk gelişmesi durumunda daha uzun sürebilmektedir. Postpartum erken dönemde annenin hemodinamik stabilitesinin korunması, uterin kontraksiyonların değerlendirilmesi ve postpartum kanama açısından yakın izlem büyük önem taşımaktadır.

Kanıtı dayalı uygulamalar doğrultusunda doğumun dördüncü evresinde erken emzirmenin başlatılması önerilmektedir. Emzirmenin oksitosin salınımını artırarak uterin kontraksiyonları desteklediği ve postpartum kanama riskini azaltmaya katkı sağladığı bildirilmektedir. Ayrıca doğumdan hemen sonra anne ve yenidoğan arasında ten tene temasın sağlanması; anne-bebek bağlanması güçlenmesine, yenidoğanın ekstrauterin yaşama adaptasyonunun kolaylaşmasına ve emzirmenin başarılı şekilde başlamasına katkıda bulunmaktadır (Demirgöz Bal & Dereli Yılmaz, 2017).

Tablo 1. Doğumun Dördüncü Evresinde Anne İzlemine Yönelik Kanıtı Dayalı Değerlendirme Bulguları ve İzlem Sıklığı

İzlem Parametresi	Doğumun Dördüncü Evresinde İzlem Sıklığı	Beklenen Bulgular / Klinik Değerlendirme
Vital Bulgular	İlk saat boyunca 15 dakikada bir, ikinci saat boyunca 30 dakikada bir, üçüncü ve dördüncü saatlerde ise saatte bir değerlendirilmesi önerilmektedir.	İlk postpartum saatin ardından vital bulguların fizyolojik sınırlara dönmesi ve hemodinamik stabilitenin sağlanması beklenmektedir.
Uterus Değerlendirmesi	İlk saat boyunca 15 dakikada bir, ikinci saat boyunca 30 dakikada bir, üçüncü ve dördüncü saatlerde ise saatte bir değerlendirilmesi önerilmektedir.	Uterusun orta hatta, umbilikus hizasında veya hemen altında sert ve kontrakte durumda olması beklenmektedir.
Loşi Takibi	İlk saat boyunca 15 dakikada bir, ikinci saat boyunca 30 dakikada bir, üçüncü ve dördüncü saatlerde ise saatte bir değerlendirilmesi önerilmektedir.	Loşianın rubra karakterde olması, büyük pıhtılar içermemesi, miktarının giderek azalması ve renginin zamanla açılması beklenmektedir.
Perine Değerlendirmesi	Perinenin ödem, ekimoz ve hematoma açısından izlenmesi; epizyotomi hattının ilk saat boyunca 15 dakikada bir, ikinci saat boyunca 30 dakikada bir, üçüncü ve dördüncü saatlerde ise saatte bir kontrol edilmesi önerilmektedir.	Perinenin enfeksiyon bulguları açısından değerlendirilmesi, doku bütünlüğünün korunması ve uygun perine bakımının sürdürülmesi beklenmektedir. Ayrıca anneye perine bakımı konusunda eğitim verilmelidir.
Ağrı Değerlendirmesi	Saatlik olarak ve gereksinim duyulduğunda değerlendirilmesi önerilmektedir.	Ağrının uygun non-farmakolojik ve farmakolojik yöntemlerle kontrol altına alınması ve annenin konforunun sağlanması hedeflenmektedir.

Akın, B. (2016) Doğum Eyleminin Dördüncü Evresi Yönetimi. B. Özkan, E. Çeber Turfan ve S. Yaşaroğlu Toksoy (Ed.) Ebelik Uygulama Standartları (Pp:249) Vize Yayıncılık

8. Yenidoğan Bakımının Kanıta Dayalı Yönetimi

8.1. Rutin Burun ve Ağız Aspirasyonu

Yenidoğanın doğum sonrası fizyolojik adaptasyon sürecinde hava yolu sekresyonları çoğunlukla spontan solunum, ağlama ve yutma refleksi ile doğal olarak temizlenmektedir. Bu nedenle gereksiz ve rutin aspirasyon uygulamalarının önerilmediği bildirilmektedir. Rutin aspirasyonun vagal uyarıya bağlı bradikardi, apne, oksijen satürasyonunda düşme, mukozal travma ve enfeksiyon riskinde artış gibi olumsuz sonuçlara yol açabileceği belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Pediatri Akademisi, aspirasyon işleminin yalnızca hava yolunu tıkayan belirgin sekresyon varlığında veya etkili solunumu olmayan yenidoğanlarda uygulanmasını önermektedir. Bu doğrultuda berrak amniyon sıvısı ile doğan ve spontan solunumu başlayan yenidoğanlarda rutin ağız ve burun aspirasyonu yapılmamalıdır (WHO, 2017; Wyckoff vd., 2020).

8.2. Ten Tene Temas

Ten tene temas (skin-to-skin contact), doğumdan hemen sonra yenidoğanın çıplak şekilde annenin göğsü üzerine yerleştirilmesini ifade etmektedir. Kanıta dayalı uygulamalarda, düşük riskli ve klinik olarak stabil yenidoğanlarda doğumdan sonraki ilk bir saat boyunca ten tene temasın sürdürülmesi önerilmektedir. Ten tene temas uygulamasının yenidoğanın vücut ısısının korunmasına, kardiyorespiratuvar stabilitenin sağlanmasına, emzirmenin erken başlamasına ve anne-bebek bağlanmasının güçlenmesine katkı sağladığı bildirilmektedir (WHO, 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

Anne sütü, yenidoğanın optimal büyüme ve gelişimi için gerekli olan protein, yağ, karbonhidrat, vitamin ve minerallerin yanı sıra immünoglobulinler, enzimler, hormonlar ve büyüme faktörleri içermektedir. Bu nedenle anne sütü, yenidoğanın enfeksiyonlara karşı korunmasında önemli rol oynayan temel besin kaynağı olarak kabul edilmektedir. Kanıta dayalı rehberlerde, düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlar da dahil olmak üzere klinik olarak stabil olan anne ve bebeğin doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede emzirmeye başlatılması önerilmektedir. Yenidoğanın erken dönemde memeye yerleştirilmesi; emzirmenin sürdürülmesini desteklemekte, anne sütü üretimini artırmakta ve anne-bebek bağlanmasını güçlendirmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

8.4. K Vitamini Kullanılarak Hemorajik Hastalık Profilaksisi

Yenidoğanlarda K vitamini uygulaması, doğum sonrası fizyolojik olarak düşük olan K vitamini düzeylerine bağlı gelişebilen yenidoğanın hemorajik

hastalığını (Vitamin K eksikliği kanaması) önlemeye yönelik temel koruyucu uygulamalardan biridir.

Kanıt dayalı rehberlerde tüm yenidoğanlara doğumdan sonra intramüsküler yolla 1 mg K vitamini uygulanması önerilmektedir. K vitamini profilaksisinin, erken ve geç dönem hemorajik hastalık riskini anlamlı düzeyde azalttığı bildirilmektedir (WHO, 2017; WHO, 2018).

9. Ebelerin Kanıt Dayalı Rolü

Sürekli ebe desteği, kadın merkezli doğum bakımının temel bileşenlerinden biri olup doğum sonuçlarını olumlu yönde etkileyen önemli bir kanıt dayalı uygulamadır. Kesintisiz ebe desteğinin doğum süresini kısalttığı, sezaryen oranlarını azalttığı, farmakolojik ağrı yönetimi gereksinimini düşürdüğü ve anne memnuniyetini artırdığı bildirilmektedir. Ebeler, doğum sürecinde gebenin fiziksel, psikolojik ve emosyonel gereksinimlerini bütüncül bir yaklaşımla değerlendirerek sürekli destek sağlamaktadır. Bu destek, kadının kendini güvende hissetmesine, doğum korkusunun azalmasına ve doğum sürecine aktif katılım göstermesine katkı sağlamaktadır. Ayrıca ebeler, gereksiz müdahalelerin önlenmesi, fizyolojik doğumun desteklenmesi ve anne-yenidoğan sağlığının korunması açısından önemli sorumluluklar üstlenmektedir. Müdahalelerin akılcı kullanımını temel alan bu bakım yaklaşımı, anne ve yenidoğan sağlığını destekleyen önemli bir kanıt dayalı strateji olarak değerlendirilmekte ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından da önerilmektedir (Bohren vd., 2017; WHO, 2018). Bu doğrultuda ebe liderliğinde yürütülen kanıt dayalı doğum bakım modellerinin, fizyolojik doğumun korunması, gereksiz obstetrik müdahalelerin azaltılması ve kadınların olumlu doğum deneyimi yaşamalarının desteklenmesi açısından önemli katkılar sağladığı değerlendirilmektedir.

10. Sonuç

Kanıt dayalı doğum yönetimi, doğumun fizyolojik sürecini koruyan, gereksiz obstetrik müdahaleleri azaltan ve anne ile yenidoğanın güvenliğini merkeze alan bütüncül bir bakım yaklaşımıdır. Sürekli ebe desteği, hareket özgürlüğünün desteklenmesi, non-farmakolojik ağrı yönetim yöntemlerinin kullanılması, kadın merkezli karar verme süreçlerinin teşvik edilmesi ve müdahalelerin akılcı biçimde uygulanması; maternal memnuniyetin artmasına, olumlu doğum deneyiminin desteklenmesine ve neonatal sonuçların iyileştirilmesine katkı sağlamaktadır. Ayrıca erken ten tene temas, emzirmenin desteklenmesi ve postpartum izlemin etkin şekilde sürdürülmesi; anne-bebek bağlanmasının güçlenmesine ve postpartum iyilik halinin korunmasına yardımcı olmaktadır. Güncel bilimsel kanıtlar, ebe liderliğinde yürütülen doğum bakım modellerinin fizyolojik doğumu desteklediğini, sezaryen ve

müdahaleli doğum oranlarını azaltabildiğini ve kadınların doğum sürecine daha aktif katılım göstermelerini sağladığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle doğum hizmetlerinin planlanmasında kanıtı dayalı rehberlerin temel alınması, ebelerin klinik karar verme süreçlerinde güncel bilimsel verileri kullanması ve kadın merkezli bakım anlayışının güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Sonuç olarak kanıtı dayalı ebelik uygulamalarının yaygınlaştırılması; anne ve yenidoğan sağlığının korunmasına, doğum deneyiminin olumlu yönde geliştirilmesine ve kaliteli doğum bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliğine önemli katkılar sağlayacaktır.

11. Kaynakça

- Aasheim, V., et al. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD006672. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
- Abdolalipour, S., Abbasalizadeh, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Mirghafourvand, M., & Jafarabadi, M. A. (2024). Effect of implementation of the WHO intrapartum care model on maternal and neonatal outcomes: A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24, 283. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06449-4>
- Akın, B. (2016). Doğum eyleminin dördüncü evresi yönetimi. In B. Özkan, E. Çeber Turfan, & S. Yaşaroğlu Toksoy (Eds.), *Ebelik uygulama standartları* (p. 249). Vize Yayıncılık.
- Alhafez, L., & Berghella, V. (2020). Evidence-based labor management: First stage of labor (Part 3). *American Journal of Obstetrics & Gynecology* MFM, 2(4), 100185. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100185>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). First and second stage labor management: Clinical Practice Guideline No. 8. *Obstetrics & Gynecology*, 143(1), 144–162. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005447>
- Aslan, S. Ö. (2023). Postpartum kanamalar. <https://acilci.net/postpartum-kanamalar/>
- Bergiten Ergin, A. (2017). Doğumda Pozisyon Değişiklikleri ve Etkileri. In M. Demirgöz Bal & S. Dereli Yılmaz (Eds.), *Ebelere yönelik kapsamlı doğum* (pp. 82–87). Akademisyen Kitabevi.
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Ceylan, S., Bulut, Ş., & Karahan, N. (2023). Kadın merkezli bakımın uygulanmasını kolaylaştıran Dünya Sağlık Örgütü önerisi bir araç: Doğum bakım kılavuzu. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 32(3), 433–441. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/3057380>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2022). *Williams obstetrics* (26th ed.). McGraw-Hill Education. <https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookid=2977#263814191>
- Demirgöz Bal, M., & Dereli Yılmaz, S. (Eds.). (2017). *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*. Akademisyen Kitabevi.
- Escobar, M. F., Nassar, A. H., Theron, G., Barnea, E. R., Nicholson, W., Ramasauskaite, D., Lloyd, I., Chandrachan, E., Miller, S., Burke, T., Ossanan, G., Andres Carvajal, J., Ramos, I., Hincapie, M. A., Loaiza, S., Nasner, D., & FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee.

- (2022). FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 157, 3-50. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14116>
- Hébert, V., Santesso, N., Oltean, I. I., Muraca, G. M., & Darling, E. K. (2026). A comparison of physiologic third-stage care, expectant management, and oxytocin prophylaxis in the prevention of postpartum hemorrhage following physiologic labor and birth: A systematic review. *Journal of Midwifery & Women's Health*. <https://doi.org/10.1111/jmwh.70077>
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176–2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2023). Intrapartum care for healthy women and babies. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>
- Satone, P. D., & Tayade, S. A. (2023). Alternative birthing positions compared to the conventional position in the second stage of labor: A review. *Cureus*, 15(4), e37943. <https://doi.org/10.7759/cureus.37943>
- World Health Organization (WHO). (2017). WHO recommendations on newborn health: Guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.07>
- World Health Organization (WHO). (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ba043cf7-cba4-484d-bf7e-ec79c4102d54/content>
- Wyckoff, M. H., Wyllie, J., Aziz, K., de Almeida, M. F. B., Fabres, J., Fawke, J., Guinsburg, R., Hosono, S., Isayama, T., Kapadia, V. S., Kattwinkel, J., Perlman, J. M., Simon, W. M., Singhal, N., Szyld, E., Tamura, M., Velaphi, S., & Weiner, G. M. (2020). Neonatal life support: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Circulation*, 142(16 Suppl. 1), S185–S221. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000895>

Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlarda Psikososyal Bakım ve Ebelik Yaklaşımları 6

İkbal Nur Ergin¹

Begüm Can²

Özet

Gebelik kaybı, kadınların yalnızca fiziksel sağlığını değil; aynı zamanda psikolojik, sosyal ve duygusal iyilik halini etkileyen önemli ve travmatik bir yaşam olayı olarak değerlendirilmektedir. Erken gebelik kayıpları, ölü doğumlar ve neonatal kayıplar kadınlarda yoğun yas tepkilerine neden olabilmekte; depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres belirtileri gibi çeşitli psikolojik sorunların gelişimine yol açabilmektedir. Gebelik kaybı yaşayan kadınların yalnızca bebeğini değil, aynı zamanda annelik rolüne ilişkin beklentilerini, geleceğe yönelik umutlarını ve baş etme becerilerine olan güvenlerini de kaybettikleri bildirilmektedir. Bu nedenle gebelik kaybı sonrası bakımın yalnızca fiziksel iyileşmeye odaklanmaması; psikolojik, sosyal ve duygusal gereksinimleri kapsayan bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır.

Psikososyal bakım uygulamalarının kadınların yas sürecine uyum sağlamalarında önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Duygusal ifade yazma, anı oluşturma uygulamaları, psikoeğitim ve destekleyici danışmanlık yaklaşımlarının kadınların duygusal yüklerini azaltabildiği, baş etme becerilerini güçlendirebildiği ve psikolojik iyilik halini olumlu yönde etkileyebildiği bildirilmektedir. Ebeler ve hemşireler, gebelik kaybı yaşayan kadınların bakımında empatik iletişim kurulması, yas sürecinin desteklenmesi ve aile merkezli bakımın sürdürülmesi açısından önemli sorumluluklara sahiptir. Bu doğrultuda travma duyarlı ve kanıta dayalı bakım uygulamalarının yaygınlaştırılması; kadınların gebelik kaybı sonrası iyilik halinin desteklenmesi ve bakım kalitesinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır.

1 Yl. Öğr., Karabük Üniversitesi, ikbalnuregin01@gmail.com, 0009-0004-1219-9085

2 Arş., Gör., Karabük Üniversitesi, begumcan@karabuk.edu.tr, 0009-0005-6962-5011

1. Giriş

Gebelik, kadının yaşamında biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yoğun olarak yaşandığı, uyum gerektiren önemli bir yaşam dönemidir. Gebelik sırasında ya da doğumdan kısa süre sonra bebeğin kaybı, yalnızca mevcut gebelik sürecini değil; sonraki gebelik deneyimlerini, aile yaşamını ve bireyin psikososyal iyilik halini de etkileyebilen önemli bir yaşam olayı olarak değerlendirilmektedir (Loughnan vd., 2026). Gebeliğin 20. haftasından önce sonlanması ve gebeliğin sürdürülememesi durumu abortus (düşük) olarak tanımlanmakta olup, gebelik kayıpları içerisinde en sık karşılaşılan obstetrik durumlardan biri olarak kabul edilmektedir. Gebelik kaybı oranlarının yaş ile birlikte değişiklik gösterdiği; 25–29 yaş aralığında yaklaşık %15–27 düzeyinde olduğu, ileri yaşlarda ise belirgin şekilde artarak 45 yaş civarında %75'e ulaşabildiği bildirilmektedir. Ayrıca tüm gebeliklerin yaklaşık %12–20'sinin ilk 12 hafta içerisinde sonlandığı ifade edilmektedir (Keten vd., 2015).

Gebelik kaybı, kadın sağlığı ve ebelik bakımı kapsamında yalnızca tıbbi bir komplikasyon ya da istatistiksel bir veri olarak değil, bireyin yaşam döngüsünü derinden etkileyen travmatik ve çok boyutlu bir deneyim olarak ele alınmaktadır. Günümüzde gebelik kaybı ve perinatal ölümlerin kadın ruh sağlığı, aile dinamikleri ve toplumsal refah üzerindeki etkilerinin daha bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (WHO, 2023; ICM, 2025; WHO, 2025). Perinatal dönemde yaşanan kayıplar; erken gebelik kayıpları, ölü doğumlar (stillbirth), tıbbi nedenlerle gebeliğin sonlandırılması ve neonatal ölümleri kapsayan geniş bir spektrumda değerlendirilmektedir (WHO, 2023). Dünya genelinde her yıl yaklaşık 23 milyon düşük, 2,6 milyon ölü doğum ve 2,4 milyon yenidoğan ölümü gerçekleştiği bildirilmektedir (Xie vd., 2024).

Türkiye'de anne ve bebek sağlığı göstergelerinde önemli iyileşmeler görülmesine rağmen, gebelik kaybı yaşayan kadınların ve ailelerin psikososyal gereksinimlerinin yeterince karşılanıp karşılanmadığı önemli bir tartışma alanı olmaya devam etmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2023 yılında 9 bin 731 olan bebek ölüm sayısı, 2024 yılında 8 bin 475'e gerilemiş; bebek ölüm hızı ise binde 9,0 olarak bildirilmiştir (TÜİK, 2025). Bununla birlikte her gebelik kaybının kadın ve aile üzerinde benzersiz psikolojik ve sosyal etkiler oluşturduğu bilinmektedir. Ülkemizde gebelik kaybı yaşayan bireylere yönelik sistematik psikososyal destek programlarının sınırlı olduğu belirtilmekte; kadınların ve ailelerin bu süreçte empatik yaklaşım sergileyen, duygusal gereksinimlerine duyarlı sağlık profesyonellerine ihtiyaç duydukları ifade edilmektedir (Aycıçek & Çoban, 2020; Çoban vd., 2016).

Ebelik mesleği, kadının üreme sağlığı süreci boyunca sürdürdüğü bakım sürekliliği sayesinde, gebelik kaybının oluşturduğu travmanın hafifletilmesi ve sağlıklı yas sürecinin desteklenmesinde önemli bir role sahiptir (ICM, 2025). Gebelik kaybı sonrasında kadınlarda fiziksel komplikasyonların yanı sıra depresyon, anksiyete, suçluluk, yetersizlik hissi ve travma sonrası stres belirtileri gibi psikolojik sorunlar da ortaya çıkabilmektedir. Ancak klinik uygulamalarda çoğu zaman fiziksel bakım ön planda tutulurken psikososyal gereksinimlerin geri planda kalabildiği bildirilmektedir (Dağ vd., 2021). Oysa gebelik kaybı sonrası sunulan bakımın niteliği, kadınların uzun dönem ruh sağlığı sonuçlarını, sonraki gebelik deneyimlerini ve aile içi ilişkilerini doğrudan etkileyebilmektedir (Van Aerde vd. 2001; WHO, 2023).

Bu bölümde gebelik kaybı; kadın ve aile üzerindeki psikolojik, sosyal ve duygusal etkileri açısından ele alınmaktadır. Özellikle yas süreci, depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres belirtileri gibi ruhsal sonuçlar üzerinde durulmaktadır (Düzen, 2016; Sayın & Pınar, 2022). Ayrıca gebelik kaybının yalnızca kadınları değil, eşleri ve aile sistemini de etkileyen bir süreç olduğu; aile içi iletişim ve sosyal destek mekanizmalarının bu süreçte belirleyici rol oynadığı vurgulanmaktadır (Ellis vd., 2016; Uçar vd., 2025). Bununla birlikte ebelik ve hemşirelik bakımının yalnızca fiziksel iyileşmeye odaklanmaması gerektiği; psikososyal destek, etkili iletişim, bakım sürekliliği ve travma duyarlı bakım yaklaşımlarını içeren bütüncül modellerin önem taşıdığı belirtilmektedir (Xie vd., 2024; WHO, 2023). Bu doğrultuda gebelik kaybının çok boyutlu etkilerinin anlaşılması, kadın ve aileye yönelik bakım uygulamalarının güçlendirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Ayçiçek & Çoban, 2020). Tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, gebelik kaybının yalnızca obstetrik bir komplikasyon değil; kadın, eş ve aile sistemi üzerinde uzun dönem etkiler oluşturabilen çok boyutlu bir yaşam olayı olduğu görülmektedir. Bu nedenle bakımın yalnızca fiziksel iyileşmeye değil, psikososyal uyumun desteklenmesine de odaklanması gerekmektedir.

2. Gebelik Kaybı ve Kadın Ruh Sağlığı

Gebelik haftası ya da kaybın gerçekleşme biçimi farklılık gösterse de kadınların gebelik kaybına verdikleri psikolojik tepkilerin, bir bebeğin ölümü sonrasında yaşanan yas sürecine benzer özellikler taşıdığı bildirilmektedir. Kadınlar bu süreçte yalnızca bebeği değil; aynı zamanda bebeğe ilişkin hayallerini, annelik rollerine yönelik beklentilerini, geleceğe dair planlarını ve baş etme becerilerine olan güvenlerini de kaybedebilmektedir. Bu çok boyutlu kayıp deneyimi, kadınlarda yoğun duygusal yük oluşturmakta ve depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Çoban vd., 2016).

Gebelik kaybı yaşayan kadınlarda yas reaksiyonları, depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres belirtileri gibi çeşitli psikolojik sorunlar görülebilmektedir. Özellikle kayıp sonrasında uyum güçlüğü yaşayan kadınların, yaşanan kayıptan kendilerini daha fazla sorumlu tuttukları; öz yeterlilik ve öz saygı düzeylerinin daha düşük olduğu, yakın partner ilişkilerinde sorun yaşadıkları ve sosyal destek açısından yetersizlik hissettikleri bildirilmektedir (Marín-Morales vd., 2012). Literatürde gebelik kaybı yaşayan kadınların büyük bir bölümünün yoğun yas süreci yaşadığı belirtilmekte; bazı çalışmalarda kadınların yaklaşık %75'inin belirgin yas reaksiyonları gösterdiği ifade edilmektedir. Ayrıca gebelik kaybı sonrasında travmatik stres belirtilerinin ortaya çıkabileceği de bildirilmektedir (Düzen, 2016).

Gebelik kaybının psikolojik etkileri yalnızca kayıp süreci ile sınırlı kalmamakta, sonraki gebelik deneyimlerini de önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Kayıp öyküsü bulunan kadınlarla yapılan fenomenolojik çalışmalarda, kadınların yeniden gebe kaldıklarında başlangıçta mutluluk hissettikleri; ancak bu duygunun kısa süre içerisinde yerini yoğun kaygı ve korkuya bıraktığı belirtilmektedir. Kadınlar, sonraki gebeliklerinde bebeğin sağlığını tehdit edebilecek olası risklere karşı daha hassas hale geldiklerini ve bu durumun yoğun stres ile anksiyeteye neden olduğunu ifade etmektedirler (Çam & Tektaş, 2016; Sayın & Pınar, 2022).

Tablo 1. Gebelik Kaybı Sonrası Görülen Psikopatolojik Durumlar ve Uzun Dönem Psikolojik Etkileri

Psikopatolojik Durum	Gebelik Kaybı Sonrası Görünüm	Uzun Vadeli Etkisi
Depresyon	Çaresizlik hissi, derin üzüntü, motivasyon kaybı ve uyku bozuklukları.	Bir sonraki gebelikte prenatal depresyon ve bağlanma güçlüğü riski.
Anksiyete	Sürekli bir felaket beklentisi, panik ataklar, tıbbi kontrollere karşı aşırı hassasiyet.	Gelecek gebeliklerin “yüksek riskli” algılanması ve aşırı stres.
TSSB	Kayıp anına dair geri dönüşler (flashbacks), hastane ortamından kaçınma, duygusal uyuşukluk.	Tıbbi prosedürlere karşı korku gelişimi ve travmatik doğum algısı.

Çoban vd., 2016; Düzen, 2016; Sayın & Pınar, 2022; Çam & Tektaş, 2016

Tablo 1’de görüldüğü üzere gebelik kaybı sonrası gelişebilen psikolojik sorunlar yalnızca akut yas tepkileriyle sınırlı kalmamakta; kadınların uzun dönem ruh sağlığını ve sonraki gebelik deneyimlerini de etkileyebilmektedir. Bu nedenle gebelik kaybı yaşayan kadınların psikolojik açıdan riskli gruplar içerisinde değerlendirilmesi önerilmektedir.

3. Gebelik Kaybında Psikososyal Bakım

Gebelik kaybı yaşayan kadınların bakımında yalnızca fiziksel sağlığın değerlendirilmesi yeterli olmamakta; bireyin duygusal, sosyal ve psikolojik gereksinimlerinin de bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. Gebelik kaybı sonrasında kadınlarda yas, depresyon, anksiyete, suçluluk, öfke ve travma sonrası stres belirtileri görülebilmekte, bu durum kadınların psikososyal destek gereksinimlerini artırmaktadır. Bu doğrultuda sunulan psikososyal bakımın temel amacı; kadınların kayıp sürecine uyum sağlamalarını desteklemek, duygusal yüklerini azaltmak ve sağlıklı baş etme mekanizmalarını güçlendirmektir (Çoban vd., 2016; Marín-Morales vd., 2012; Xie vd., 2024).

Literatürde, özellikle ebe ve hemşire öncülüğünde yürütülen psikososyal müdahalelerin; yas reaksiyonları, depresif belirtiler, anksiyete ve travma sonrası stres belirtilerinin azaltılmasında olumlu etkiler gösterdiği bildirilmektedir (Xie vd., 2024). Bu kapsamda uygulanan duygusal ifade yazma, psikolojik danışmanlık, şefkat odaklı terapi ve destekleyici iletişim yaklaşımlarının, kadınların duygularını ifade etmelerini kolaylaştırdığı ve baş etme becerilerini güçlendirdiği belirtilmektedir. Ayrıca anı kutusu, yas kitapçığı ve sembolik anı oluşturma uygulamalarının; kadınların kayıplarını anlamlandırmalarına, yalnızlık duygularını azaltmalarına ve sosyal destek algılarını güçlendirmelerine katkı sağladığı ifade edilmektedir (Qian vd., 2023).

Yas sürecine yönelik uygulamaların, ebeveynler için oluşturulan güvenli ve mahrem alanlarda, eş katılımını da destekleyecek şekilde yürütülmesi önerilmektedir (Ellis vd., 2016). Bununla birlikte gebelik kaybı sonrası psikososyal değerlendirmelerin erken dönemde yapılmasının, kadınların bireysel gereksinimlerinin belirlenmesi ve uygun destek hizmetlerinin zamanında sunulması açısından kritik öneme sahip olduğu vurgulanmaktadır (Xie vd., 2024).

Tablo 2. Gebelik Kaybı Sonrası Kadınların Psikososyal Deneyimlerine İlişkin Temalar ve Öne Çıkan Tepkiler (Uçar vd., 2025)

Ana Temalar	Öne Çıkan Deneyimler ve Tepkiler
Duygusal Tepkiler ve Suçluluk	- Yoğun hayal kırıklığı, öfke ve içe kapanma “Anne olmayı başaramama” algısı ve kendini suçlama - Kalıplaşmış teselli ifadeleri yerine anlaşılma ve duyguların paylaşılması beklentisi
Geleceğe Yönelik Kaygılar	- İleri yaşta gebelikte “geç kalmışlık” hissi - Mevcut çocukların geleceğine ilişkin yoğun kaygı - Tıbbi müdahalelerin ve ilaçların sonraki gebelikler üzerindeki olası etkilerine yönelik endişeler

Yaşam ve İlişkilerdeki Değişimler	• Olumlu: Sağlıklı yaşam davranışları ve öz bakımın artması • Olumsuz: Karamsarlık, düzensiz yaşam alışkanlıkları ve sosyal izolasyon • Aile ve yakın çevre desteğine bağlı olarak değişen ilişkisel dinamikler
Sonraki Gebelik Süreci	• Sosyal baskı ve kayıp korkusu nedeniyle gebeliği gizleme eğilimi • Bebek hareketlerine aşırı odaklanma (hipervijilans) • Belirsizlikle baş etmede dini/manevi başa çıkma stratejilerine yönelim

Tablo 2’de yer alan bulgular, gebelik kaybının kadınların yalnızca ruhsal durumlarını değil; sosyal ilişkilerini, gelecek planlarını ve sonraki gebelik deneyimlerini de etkileyen çok boyutlu bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır.

Gebelik kaybı yaşayan kadınlar, sağlık profesyonelleri tarafından fiziksel bakım gereksinimlerinin büyük ölçüde karşılandığını; ancak duygusal destek gereksinimlerinin çoğu zaman yeterince ele alınmadığını ifade etmektedir. Özellikle etkili iletişimin yetersiz olması, psikolojik gereksinimlerin klinik bakım sürecinde geri planda kalması ve taburculuk sonrası izlem hizmetlerinin sınırlı olması, kadınların kendilerini yalnız, anlaşılmamış ve desteksiz hissetmelerine neden olabilmektedir. Bu durum, gebelik kaybı sonrası bakımın yalnızca fiziksel iyileşmeye odaklanan bir yaklaşımla sınırlandırılmaması gerektiğini göstermektedir. Bunun yerine, psikososyal desteği, etkili iletişimi, bakım sürekliliğini ve bireysel gereksinimlere duyarlı uygulamaları içeren bütüncül bakım modellerinin benimsenmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Due vd., 2018).

4. Gebelik Kaybında Ebelik ve Hemşirelik Yaklaşımları

Gebelik kaybı süreci yalnızca ebeveynleri değil, aynı zamanda bu süreçte tanıklık eden sağlık profesyonellerini de psikolojik ve mesleki açıdan etkileyen çok boyutlu bir deneyimdir. Bu süreçte ebe, hemşire ve hekimlerin yaşadıkları deneyimlerin bakımın niteliğini ve mesleki tutumlarını şekillendirdiği görülmektedir. Kayıp sürecinde bakım verirken yoğun üzüntü yaşadıkları ve bu durumun mesleki etkilerin yanı sıra psikolojik etkiler de oluşturduğu belirtilmektedir. Yaşanan duygusal tükenmenin zamanla bakım vermektan kaçınmaya ve meslekten uzaklaşmaya yol açabileceği ifade edilmektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarına yönelik uygun destek mekanizmaları ve eğitim programlarının önemini ortaya koymaktadır. Öte yandan, sağlık profesyonelleri bu tür deneyimlerin mesleki farkındalıklarını artırdığını ve benzer durumlarda

daha dikkatli, özenli ve sorumlu bir bakım yaklaşımı geliştirmelerine katkı sağladığını da belirtmektedir (Altunay vd., 2025).

Gebelik kaybı sonrası bakımda, ebe ve hemşirelerin tanı anından taburculuk ve takip sürecine kadar ebeveynlere anlaşılır bilgi sunması, seçenekleri tartışması ve bakımı bireysel ihtiyaçlara göre uyarlaması önemli bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır. Bu süreçte sağlık profesyonellerinin iletişim biçimi ve bakım uygulamalarının ebeveynler üzerinde kalıcı etkiler bırakabileceği vurgulanmaktadır. Etkili bakımın sağlanabilmesi için bilgi temelli ve uygulamaya dayalı eğitimlerin artırılması, ayrıca çok disiplinli bir yaklaşımın geliştirilmesi gerekmektedir. Bunun yanında bakım sürekliliği, destekleyici sistemler, şeffaf ve yapılandırılmış bakım süreçleri ve özel yas alanlarının oluşturulması, bakım kalitesini artıran önemli unsurlar arasında yer almaktadır (Ellis vd., 2016). Mevcut kılavuzlar, gebelik kaybı sürecinde ebe ve hemşirelerin bakım yaklaşımında iletişimde hassasiyet göstermesini, aile için güvenli ve mahrem bir ortam oluşturmasını, kaybın profesyonel ekip tarafından tanınmasını, hatıra eşyaları ile yas sürecinin desteklenmesini, fiziksel ve duygusal tepkiler hakkında bilgilendirme yapılmasını ve gerektiğinde uygun kaynaklara yönlendirme sağlanmasını önermektedir. Psikoeğitim ise sağlık ve bakım mesleklerinde yaygın olarak kullanılan bir müdahale yöntemidir. Bu yaklaşım, bireylere olası semptomlar, sürece ilişkin sonuçlar ve ilerleyen dönemde neler bekleyebilecekleri konusunda bilgi verilmesinin stres ve kaygı düzeylerini azalttığını öne sürmektedir. Ayrıca psikoeğitimin, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve depresyon gibi uzun vadeli psikolojik komplikasyonların gelişimini önlemede destekleyici bir rol oynayabileceği bildirilmektedir (Palmer & Murphy-Oikonen, 2019). Psikoeğitim müdahalelerine yalnızca kadının değil eşlerin de aktif olarak dahil edilmesi büyük önem taşımaktadır. Gebelik kaybı sonrası kadınların yakın partner ilişkilerinde sorun yaşayabildiği ve aile içi ilişkisel dinamiklerin etkilendiği göz önüne alındığında, eşlerin de olası fiziksel ve duygusal semptomlar hakkında bilgilendirilmesi, çiftlerin birbirlerine destek olmalarını kolaylaştırmaktadır (Marín-Morales vd., 2012; Ucar vd., 2025). Bu yaklaşım, ebeveynlerin kaygı düzeylerini azaltarak TSSB gelişimini önlemede aile içi desteği güçlendirmektedir (Palmer & Murphy-Oikonen, 2019).

Gebelik kaybı sonrası bakımda ebe ve hemşirelerin yalnızca fiziksel izlemi değil, kadınların psikososyal gereksinimlerini de değerlendirmesi önemlidir. Bu süreçte duyarlı iletişim kurulması, bakım sürekliliğinin sağlanması, aile merkezli yaklaşım benimsenmesi ve kadınların duygusal gereksinimlerinin desteklenmesi temel bakım yaklaşımları arasında yer almaktadır. Aile merkezli ebeler ve hemşirelik yaklaşımları kapsamında, yalnızca kadının değil, kayıp yaşayan eşlerin de bireysel yas süreçleri ve duygusal gereksinimleri değerlendirilmelidir (Ellis vd., 2016; Loughnan vd., 2026). Yas konusunda uzmanlaşmış ebe ve

hemşirelerin sağladığı psikolojik desteğin, kadınların kaygı ve yas süreçleri üzerinde olumlu etkiler oluşturduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte, birçok sağlık kurumunda psikososyal destek hizmetlerinin ve uzmanlaşmış yas bakım modellerinin sınırlı olduğu belirtilmektedir (Loughnan vd., 2026). Gebelik kaybı yalnızca kadını değil, eşleri de derinden etkileyen bir süreçtir ve babaların yaşadığı yas çoğu zaman görünmez kalabilmektedir. Erkeklerin duygularını ifade etme biçimlerinin sosyal ve kültürel normlar nedeniyle daha sınırlı olması, yasin bastırılmasına veya gecikmiş şekilde yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu durum, çiftler arasında yas sürecinin farklı yoğunluklarda yaşanmasına ve iletişim sorunlarının ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Bu bağlamda, perinatal kayıp sonrası aile içi ilişkisel dinamiklerin etkilendiği ve eşlerin de destek gereksinimi olduğu vurgulanmaktadır (Ellis vd., 2016; Uçar vd., 2025). Ayrıca bakım sürekliliğine dayalı modellerde, aynı ebe ya da küçük bir ekip tarafından sürdürülen bakımın ebeveynlerde güven duygusunu artırdığı, psikolojik güvenliği desteklediği ve kaygıyı azaltabildiği bildirilmektedir (Robinson vd., 2026).

Gebelik kaybı deneyimi, sonraki gebelikler üzerinde de uzun vadeli etkiler oluşturabilmektedir. Daha önce kayıp yaşamış kadınlarda, sonraki gebelik sürecinde yoğun kaygı, bebeğe aşırı odaklanma ve sürekli kontrol ihtiyacı gibi davranışların ortaya çıkabildiği bildirilmektedir. Bu durum, gebeliğin “yüksek riskli” olarak algılanmasına ve annenin sürekli bir endişe hali içinde olmasına yol açabilmektedir. Ayrıca bazı kadınların yeniden gebelikten kaçınma eğilimi gösterdiği veya gebeliği gizleme davranışı geliştirdiği de rapor edilmektedir (Marín-Morales vd., 2012; Uçar vd., 2025). Bu nedenle gebelik kaybı sonrası destek hizmetlerinin yalnızca akut dönemle sınırlı kalmaması, sonraki gebelik sürecini de kapsayacak şekilde sürdürülmesi gerekmektedir. Bakımın bireyselleştirilmesi, kadın ve ailenin gereksinimlerine göre planlanması ve kayıp sonrasında başlayarak sonraki gebelik döneminde de devam ettirilmesi önerilmektedir (WHO, 2023; Xie vd., 2024; Martínez-Serrano vd., 2022).

Ebelik ve hemşirelik bakımında süreklilik sağlayan modeller, sonraki gebeliklerde güven duygusunu artıran önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Aynı sağlık profesyonelleri tarafından izlenen kadınların, daha düşük anksiyete düzeyine sahip olduğu ve sağlık hizmetine olan güvenlerinin arttığı bildirilmektedir (Robinson vd., 2026; Loughnan vd., 2026). Bu yaklaşım, yalnızca klinik izlem değil aynı zamanda duygusal destek ve güven ilişkisini de güçlendirmektedir. Sonuç olarak gebelik kaybı sonrası bakımın, yalnızca mevcut kaybın yönetimiyle sınırlı kalmaması; eşlerin dahil edildiği, iletişimin güçlendirildiği ve sonraki gebelikleri de kapsayan süreklilik gösteren bir modelle ele alınması, kadın ve aile sağlığı açısından kritik öneme sahiptir (Ellis vd., 2016; Martínez-Serrano vd., 2022; Altunay vd., 2025). Bu durum, gebelik

kaybı bakımında yalnızca ebeveynlerin değil, sağlık profesyonellerinin de duygusal destek gereksinimlerinin göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir.

5. Kayıp Sonrası Yaklaşım

Gebelik kaybı sonrası bakımda ebe ve hemşirelerin duyarlı iletişim kurması, psikososyal gereksinimleri değerlendirmesi, bakım sürekliliğini sağlaması ve aile merkezli yaklaşım benimsemesi önemlidir. Sağlık profesyonellerinin babaları duygularını ifade etme konusunda desteklemesi ve çiftler arasındaki iletişimi güçlendirmesi önerilmektedir. Gebelik kaybı sonrasında ebelik ve hemşirelik yaklaşımları, yalnızca klinik izlemi değil, bütüncül ve travma duyarlı bakımı da merkezine almalıdır. (Çam & Tektaş, 2016). Bu süreçte; kadının kaybını ve yasını açıkça kabul eden duyarlı bir iletişim kurulması, bakım sürekliliğinin sağlanması ve yas yaşayan ebeveynler için mahremiyetin korunması önemli yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, uzman yas desteği sunan ebe/hemşire sayısının yetersiz olması ve bakımın çoğu zaman biyomedikal izlemlerle sınırlı kalması, bakım kalitesini olumsuz etkileyen önemli sorunlar arasında yer almaktadır. Bu nedenle, sağlık kurumlarında uzmanlaşmış yas destek hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık profesyonellerine gerekli eğitim ile kaynak desteğinin sağlanması önem taşımaktadır (Ellis vd., 2023).

Çalışmalarda, ebelerin ve hemşirelerin gebelik kaybı yaşayan kadınlara psikososyal bakım sunma konusunda zaman zaman yetersizlik hissi yaşadıkları bildirilmektedir. Özellikle yas sürecine yönelik iletişim, danışmanlık becerileri ve kültürel açıdan duyarlı bakım konularında eğitim gereksinimi olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca yoğun iş yükü, personel eksikliği ve duygusal tükenmişlik gibi faktörlerin, ebelerin kadınlara yeterli psikososyal destek sunmalarını güçleştirdiği ifade edilmektedir. Bu nedenle hizmet içi eğitim programları, destek grupları ve multidisipliner yaklaşımların geliştirilmesi önerilmektedir (Xie vd., 2024). Gebelik kaybı sonrası yas tutan ebeveynlere destek sağlamada şefkatli, hasta merkezli bakım önem taşımaktadır. Açık, dürüst ve hassas iletişimin rolü önemlidir. Bebeğin varlığının ve ebeveynlik rollerinin sağlık profesyonelleri tarafından kabul edilmesi, bebeğin adıyla anılması ve aileye saygılı yaklaşım gösterilmesi, ebeveynlerin duygusal iyilik hali üzerinde olumlu etkiler oluşturmaktadır. Ayrıca sağlık profesyonellerinin gebelik kaybı sonrasına yönelik iletişim becerileri konusunda sürekli eğitim almalarının bakım kalitesinin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır (Jansens vd., 2024).

Gebelik kaybı sonrası dönemin yalnızca akut yas süreci olarak değil, uzun vadeli psikolojik etkilerin devam edebileceği bir süreç olarak ele alınması gerekmektedir. Kadınların sonraki gebeliklerinde artan anksiyete, aşırı tetikte

olma hali ve kayıp korkusu yaşayabildiği göz önünde bulundurulduğunda, bakımın sadece kayıp anı ile sınırlı kalmaması, sonraki gebelik sürecini de kapsayacak şekilde planlanması önemlidir (Robinson vd., 2026; Loughnan vd., 2026). Bakım sürekliliğinin sağlanmasının kaygı ve belirsizlik duygularının azaltılmasına katkıda bulunduğu bildirilmektedir (Wojcieszek vd., 2018). Toplum temelli destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, gebelik kaybı yaşayan bireylerin yalnızca hastane ortamında değil, sosyal çevre içinde de desteklenmesini sağlayabilir. Psikolojik danışmanlık hizmetleri, destek grupları ve aile temelli eğitim programları, çiftlerin yas sürecini daha sağlıklı yönetmelerine katkı sağlayabilir. Bu bağlamda eşlerin de bakım sürecine aktif olarak dahil edilmesi, aile içi iletişimin güçlendirilmesi ve ortak baş etme mekanizmalarının desteklenmesi önemlidir (Ellis vd., 2016; Uçar vd., 2025).

Sonuç olarak, gebelik kaybı sonrası bakımın yalnızca fiziksel iyileşmeye odaklanan bir yaklaşımın ötesine taşınması; psikososyal destek, bakım sürekliliği ve travma duyarlı ebelik uygulamalarını içeren bütüncül bakım modellerinin yaygınlaştırılması önem taşımaktadır (Ayçiçek & Çoban, 2020; Baird vd., 2018).

6. Sonuç

Gebelik kaybı, kadınların yalnızca fiziksel sağlığını değil; psikolojik, sosyal ve duygusal iyilik halini de derinden etkileyen travmatik bir yaşam deneyimidir. Erken gebelik kayıpları, ölü doğumlar ve neonatal kayıplar sonrasında kadınlarda yas, depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres belirtileri gelişebilmekte; bu etkiler sonraki gebelik süreçlerine ve aile ilişkilerine uzun vadeli biçimde yansıtılabilmektedir. Bu nedenle gebelik kaybı sonrası bakımın yalnızca biyomedikal iyileşmeye odaklanması yeterli değildir. Kadının duygusal gereksinimlerini anlayan, empatik iletişimi merkeze alan, bakım sürekliliğini destekleyen ve aileyi sürece dahil eden bütüncül bakım modellerinin uygulanması büyük önem taşımaktadır. Ebeler ve hemşireler; duyarlı iletişim kurma, yas sürecini destekleme, psikososyal riskleri erken dönemde belirleme, uygun danışmanlık sağlama ve gerektiğinde profesyonel destek mekanizmalarına yönlendirme açısından temel role sahiptir. Ayrıca travma duyarlı bakım anlayışının yaygınlaştırılması, sağlık profesyonellerinin psikososyal bakım konusunda güçlendirilmesi ve toplum temelli destek sistemlerinin geliştirilmesi; gebelik kaybı yaşayan kadınların ve ailelerin iyilik halinin korunmasına önemli katkılar sağlayacaktır. Sonuç olarak gebelik kaybı sonrası bakımın kadın merkezli, kanıta dayalı ve multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması; yalnızca mevcut kaybın etkilerini azaltmakla kalmayacak, aynı zamanda kadınların sonraki gebelik süreçlerine daha güvenli ve sağlıklı biçimde uyum sağlamalarını da destekleyecektir.

7. Kaynakça

- Altunay, G. B., Renkyorgancı, M. Y., Ege, E., & Kaya, Ş. D. (2025). Witnessing a loss and the lived experiences of physicians, nurses, and midwives providing care in perinatal loss in Turkey: A phenomenological study. *Midwifery*, 149, 104577. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104577>
- Ayçiçek, H., & Çoban, A. (2020). Kadınların Prenatal Kayıp Durumunda Ebelerden Beklentileri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 29-37. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.753720>
- Baird, S., Gagnon, M. D., deFiebre, G., Briglia, E., Crowder, R., & Prine, L. (2018). Women's experiences with early pregnancy loss in the emergency room: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 113-117. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.03.001>
- Çoban, A., Taşpınar, A., Savaş, N., Deveci, A., Uyar, Y., & Baytur, Y. (2016). Gebelik Kaybının Kadınların Depresif Belirti Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 149-156. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2015-44146>
- Dağ, T., Şen Tepe, Ç., & Durat, G. (2021). Effect of Abortion on Women's Mental Health. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13, 179-183. <https://doi.org/10.5336/nurses.2020-76051>
- Due, C., Obst, K., Riggs, D. W., & Collins, C. (2018). Australian heterosexual women's experiences of healthcare provision following a pregnancy loss. *Women and Birth*, 31(4), 331-338. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.002>
- Düzen, A. (2016). Tekrarlayan Düşük Yaşayan Kadınların Ruhsal Süreçlerinin İncelenmesi [Yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi
- Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., Heazell, A., & Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: A review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2>
- Fernández-Basanta, S., Dahl-Cortizo, C., Coronado, C., & Movilla-Fernández, M.-J. (2023). Pregnancy after perinatal loss: A meta-ethnography from a women's perspective. *Midwifery*, 124, 103762. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103762>
- Heazell, A. E. P., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z. A., Cacciatore, J., Dang, N., Das, J., Flenady, V., Gold, K. J., Mensah, O. K., Millum, J., Nuzum, D., O'Donoghue, K., Redshaw, M., Rizvi, A., Roberts, T., Saraki, H. E. T., Storey, C., ... Budd, J. (2016). Stillbirths: Economic and psychosocial consequences. *The Lancet*, 387(10018), 604-616. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)

- International Confederation of Midwives (ICM). (2025, Mayıs 9). Midwifery Models of Care – the way forward. <https://internationalmidwives.org/midwifery-models-of-care-the-way-forward/>
- Jansens, J., Faes, K., Coninck, M. D., Joni, G., & Kelst, L. V. (2024). A qualitative study of bereaved parents and healthcare professionals on perinatal loss. *European Journal of Midwifery*, 8(December), 1-8. <https://doi.org/10.18332/ejm/194159>
- Keten, H., Gençoğlu, S., Dalgacı, A., Avcı, F., Satan, Y., Ölmez, S., & Çelik, M. (2015). Evaluation of Acute Stress Disorder following Pregnancy Losses. *Cukurova Medical Journal*, 40(2), 226-232. <https://doi.org/10.17826/cutf.79332>
- Loughnan, S. A., Wojcieszek, A. M., Diget, I. S., Wilson, J., Andrews, C., Boyle, F. M., Gordon, A., Heazell, A. E. P., Cooper, A., Postle, V., Sneddon, A., McCarthy, E., Leisher, S. H., Vernon, B., Seeho, S., Ali, K., Kumar, S., Flenady, V., & Ellwood, D. (2026). Improving care in pregnancies after perinatal loss: A national survey of maternity services in Australia. *Women and Birth*, 39(1), 102162. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2026.102162>
- Marín-Morales, D., Carmona-Monge, F. J., Peñacoba-Puente, C., Díaz-Sánchez, V., & García-Huete, M. E. (2012). Influence of coping strategies on somatic symptoms in pregnant Spanish women: Differences between women with and without a previous miscarriage. *Applied Nursing Research*, 25(3), 164-170. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2011.01.003>
- Palas, P., Kaya, Y., & Aksu, S. (2020). Kadın Doğum Kliniklerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerin Perinatal Kayıp ve Yas ile İlgili Görüşleri. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 4(7), 69-79. <https://doi.org/10.31461/ybpd.701862>
- Palmer, A. D., & Murphy-Oikonen, J. (2019). Social work intervention for women experiencing early pregnancy loss in the emergency department. *Social Work in Health Care*, 58(4), 392-411. <https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1580237>
- Qian, J., Chen, S., Jevitt, C., Sun, S., Wang, M., & Yu, X. (2023). Experiences of obstetric nurses and midwives receiving a perinatal bereavement care training programme: A qualitative study. *Frontiers in Medicine*, 10. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1122472>
- Robinson, K., Due, C., Briley, A., & Loughnan, S. A. (2026). Midwifery Continuity of Care in a Subsequent Pregnancy After Perinatal Loss: A Scoping Review of Qualitative Evidence. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 133(4), 598-608. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.70112>
- Sayin, N., & Ertekin Pinar, Ş. (2022). Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Related Factors in Women with Early Pregnancy Loss. *Journal of Contemporary Medicine*, 12(6), 884-890. <https://doi.org/10.16899/jcm.1165862>

- Tektas, P., & Çam, M. O. (2016). NURSING CARE IN PREGNANCY LOSS. *INTERNATIONAL REFEREED JOURNAL OF GYNAECOLOGICAL DISEASES AND MATERNAL AND CHILD HEALTH*, 105-105. <https://doi.org/10.17367/JACSD.2016619466>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2025). Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2024. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2024. TÜİK Veri Portalı. <https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/54195>
- Ucar, T., Sabancı Baransel, E., & Çelik, O. T. (2025). From grief to resilience: A qualitative study of women's reactions and coping methods after perinatal loss in Türkiye. *BMJ Open*, 15(5), e092544. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-092544>
- Van Aerde, J., Gorodzinsky, F. P., Canadian Paediatric Society, & Fetus and Newborn Committee. (2001). Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. *Paediatrics & child health*, 6(7), 469-477. <https://doi.org/10.1093/pch/6.7.469>
- World Health Organization (WHO). (2023). WHO calls for global expansion of midwifery models of care. <https://www.who.int/news/item/18-06-2025-who-calls-for-global-expansion-of-midwifery-models-of-care>
- World Health Organization (WHO). (2025). WHO why we need to talk about losing a baby. <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>
- Wojcieszek, A., Boyle, F., Belizán, J., Cassidy, J., Cassidy, P., Erwich, J., Farrales, L., Gross, M., Heazell, A., Leisher, S., Mills, T., Murphy, M., Pettersson, K., Ravaldi, C., Ruidiaz, J., Siassakos, D., Silver, R., Storey, C., Vannacci, A., ... Flenady, V. (2018). Care in subsequent pregnancies following stillbirth: An international survey of parents. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(2), 193-201. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14424>
- Xie, J., Hunter, A., Biesty, L., & Grealish, A. (2024). The impact of midwife/nurse-led psychosocial interventions on parents experiencing perinatal bereavement: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 157, 104814. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104814>

Travmatik Doğum Deneyimi ve Ruh Sağlığı

Rumeysa İnci¹

Kübra Nur Kılıç²

Özet

Gebelik, doğum ve lohusalık dönemleri, kadın yaşamında hem fizyolojik hem de psikolojik değişimlerin yoğun olarak yaşandığı önemli süreçlerdir. Doğum eylemi doğal bir süreç olarak kabul edilmesine rağmen, kadının doğum sırasında yaşadığı korku, kontrol kaybı ve tehdit algısı bu deneyimin travmatik olarak değerlendirilmesine neden olabilmektedir. Özellikle acil sezaryen kararları, oksitosin uygulaması, epizyotomi, lavman ve sürekli NST takibi gibi rutin tıbbi müdahaleler travmatik doğum algısını artırmaktadır. Sağlık profesyonellerinin olumsuz iletişim biçimleri, yetersiz bilgilendirme ve sosyal destek eksikliği de bu süreci olumsuz etkileyen temel faktörler arasında yer almaktadır. Travmatik doğum deneyimi, postpartum depresyon riskini artırmakta, sonraki gebeliklerde yoğun anksiyete ve doğum korkusuna yol açmakta, ayrıca klinik ya da subklinik düzeyde Post-Travmatik Stres Bozukluğu gelişimine zemin hazırlamaktadır. Bu ruhsal sorunlar anne-bebek bağlanmasını zayıflatmakta, emzirme sürecini olumsuz etkilemekte ve eşler arasındaki evlilik doyumunu azaltarak aile bütünlüğünü tehdit etmektedir. Buna karşılık kadının özerkliğini destekleyen, güven duygusunu artıran ve mahremiyeti koruyan kişiselleştirilmiş doğum ortamları travmatik belirtilere karşı koruyucu etki göstermektedir. Bu nedenle kadın merkezli, hak temelli ve “Ebelikte Süreklilik Modeli”ni benimseyen ebelik yaklaşımı büyük önem taşımaktadır. Güvene dayalı iletişim, kesintisiz bakım, etkili psikolojik destek ve doğum sonrası değerlendirme görüşmeleri travmatik doğumların önlenmesine ve olumsuz etkilerinin azaltılmasına önemli katkı sağlamaktadır. Ayrıca bu yaklaşım, kadının doğum deneyimini daha olumlu değerlendirmesine, annelik rolüne daha kolay uyum sağlamasına ve sağlık hizmetlerine duyduğu güvenin artmasına yardımcı olmaktadır.

1 Yl. Öğr., Karabük Üniversitesi, rumeysainci857@gmail.com, 0009-0006-2168-196X

2 Arş. Gör., Karabük Üniversitesi, kubranurkiloc@karabuk.edu.tr, 0000-0003-4261-808X

1. Giriş

1.1. Doğum Deneyimi ve Kadın Yaşamındaki Önemi

Gebelik, doğum ve lohusalık süreçleri, kadınlar için ciddi değişimleri ve adaptasyon gereksinimlerini beraberinde getiren bir dönüm noktasıdır. Bu süreç, halihazırda var olan psikolojik rahatsızlıkları tetikleyebileceği gibi, ilk kez ortaya çıkan ruh sağlığı problemlerine de zemin hazırlayabilir. Üstelik gebelik ya da doğum esnasında yaşanan bazı deneyimler, kadınlar üzerinde travmatik etkiler bırakabilir. Kadınların doğum deneyimlerini merkeze almak; sağlık sistemlerindeki uygulamalara, politikalara ve bilimsel araştırmalara yön vermesi açısından hem pratik hem de stratejik düzeyde büyük bir öneme sahiptir (Ayers & Sawyer, 2019). Bu bağlamda doğum, kadının psikolojik uyumunu ve yenidoğan ile ilişkisini doğrudan etkileyebilecek kadar güçlü bir dönüştürücü güce sahiptir. Çünkü zor veya olumsuz bir doğum deneyimi algısı, yenidoğanla duygusal bağın kurulmasını zorlaştırarak anne-bebek arasındaki erken etkileşimi zedeleyebilmektedir (Güleç Şatır vd., 2022). Bu doğrultuda doğum deneyiminin yalnızca obstetrik sonuçlar açısından değil, kadın ruh sağlığı, maternal kimlik gelişimi ve aile bütünlüğü üzerindeki uzun dönem etkileri açısından da değerlendirilmesi gerektiği görülmektedir.

1.2. Travmatik Doğum Deneyimi

Travmatik doğum deneyimi; temelde kadının yaşadığı travmayı merkezine alan, aynı zamanda bireysel, kurumsal ve toplumsal düzeydeki sosyoekolojik bir sistem içinde şekillenerek varlığını sürdüren, kendine has bir olgudur (Kuipers vd., 2024). Doğum eylemi fizyolojik bir süreç olmasına rağmen, kadının bu esnada deneyimlediği durumlar doğumun psikolojik çıktılarını doğrudan belirlemekte ve sürecin bir tehdit ya da kontrol kaybı olarak algılanmasıyla travmatik doğum tablosu gelişebilmektedir (Döner & Kul Uçtu, 2024).

1.2.1 Travmatik Doğuma Neden Olan Durumlar

Literatürde travmatik doğum deneyimini tetikleyen unsurlar incelendiğinde; vajinal süreç olarak başlayıp aniden gelişen acil sezaryen kararı ile doğum esnasında uygulanan oksitosin infüzyonu ve lavman gibi rutin müdahalelerin kadınlardaki travmatik doğum algısını istatistiksel açıdan anlamlı derecede artırdığı görülmektedir. Bunların yanı sıra kadının ilk doğumunu yapıyor olması, gebeliğin plansız gerçekleşmesi ve eğitim düzeyinin yüksek olması da travma skorlarını yükselten bireysel risk faktörleri arasında yer almaktadır. Literatür genelinde ise bu tablonun gelişiminde; fundal bası, epizyotomi ve sürekli NST takibi gibi hareket özgürlüğünü kısıtlayan uygulamaların yanı sıra sağlık profesyonellerinin olumsuz davranışları, bilgi eksikliği ve eş/sosyal

destek yetersizliği gibi kurumsal ve ilişkisel etkenlerin de temel tetikleyiciler olduğu vurgulanmaktadır (Döner & Kul Uçtu, 2024).

1.3. Travmatik Doğumun Ruh Sağlığına Olan Etkileri

1.3.1. Depresyon

Doğum deneyiminin öznel algısı ile perinatal ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen literatür, doğumun travmatik bir süreç olarak deneyimlenmesinin postpartum depresyon gelişimi üzerinde belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir. Chen ve arkadaşları (2022) tarafından yürütülen prospektif bir kohort çalışmasında, doğumunu travmatik bir olay olarak algılayan kadınların postpartum depresyon geliştirme riskinin, böyle bir algıya sahip olmayan hemcinslerine kıyasla iki katından daha fazla olduğu saptanmıştır. Araştırma verilerine göre, doğumu travmatik bulan annelerin %42.04'ünde postpartum depresyon tablosu gözlenirken, bu oran travma algısı olmayan grupta %20.99'da kalmıştır. Söz konusu risk artışının; annenin mesleği, eğitim düzeyi, medeni durumu gibi sosyodemografik değişkenlerin yanı sıra gebelik dönemindeki anksiyete, prenatal depresyon ve doğum korkusu gibi önemli obstetrik ve psikolojik karıştırıcı faktörler istatistiksel olarak kontrol edildikten sonra bile güçlü bir şekilde kalıcılığını koruması dikkate değerdir. Bu veriler, algılanan doğum travmasının postpartum depresyon için bağımsız ve majör bir risk faktörü olduğunu doğrulamakta; perinatal dönemde kadına sunulacak bütüncül ve destekleyici bakım yaklaşımlarının, doğum sonu ruhsal morbidite oranlarını azaltmada kritik bir koruyucu müdahale alanı sunduğuna işaret etmektedir (Chen vd., 2022). Bu boyutsal ilişkiyi destekler nitelikte, algılanan doğum travmasının maternal ruh sağlığı üzerindeki olumsuz yansımalarının yalnızca klinik düzeydeki majör psikopatolojilerle sınırlı kalmadığı; klinik öncesi bir duygu durum dalgalanması olan annelik hüznü üzerinde de en güçlü belirleyici varyans açıklayıcısı olduğu görülmektedir. Dolayısıyla doğum deneyiminin öznel ve travmatik algılanışı, erken lohusalık dönemindeki subklinik semptomlardan başlayarak perinatal ruh sağlığı spektrumunu geniş bir yelpazede negatif yönde yordamaktadır (Öztaş, 2026).

1.3.2. Anksiyete

Geçmiş doğumunda kontrol kaybı, şiddetli acı, kendisinin veya bebeğinin zarar göreceği endişesi ya da yetersiz bakım algısı gibi travmatik süreçlere maruz kalan kadınlar, yeni bir gebelik dönemiyle birlikte yoğun bir anksiyete sarmalına girebilmektedir. Bu bağlamda gelişen anksiyete, sıradan bir endişe halinin ötesine geçerek; panik ataklar, hiperventilasyon, klostrofobik hisler ve kontrol edilemeyen bir doğum korkusu şeklinde kendini göstermektedir.

Yeni gebeliğin kaçınılmaz olarak doğumla sonuçlanacağı gerçeği, geçmişe ait travmatik anıların ve geri dönüşlerin sürekli tetiklenmesine yol açmakta, bu durum da kadının mevcut hamilelik sürecine uyum sağlamasını ve bu dönemi sağlıklı bir ruh haliyle geçirmesini ciddi ölçüde zorlaştırmaktadır. Sonuç olarak, perinatal dönemde yaşanan doğum travması, sonraki üreme deneyimlerinde kronik bir anksiyete kaynağı haline gelerek kadının maternal ruh sağlığını doğrudan ve olumsuz bir şekilde tehdit etmektedir (Olsen vd., 2022).

1.3.3. Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSD)

Travmatik doğum deneyimlerinin ardından doğum yapan kadınların yaklaşık %4'ünün, sürece eşlik eden partnerlerin ise %1'inin doğum sonrası bağlantılı post-travmatik stres bozukluğu (PTSD) geliştirdiğini ortaya koymaktadır. Klinik düzeyde bozukluk tanısı almasa bile, kadınların %17 gibi önemli bir kısmında ciddi PTSD semptomları gözlenmektedir. Doğum sırasında sağlık profesyonelleriyle yaşanan olumsuz etkileşimler, destek eksikliği, ayrımcılık ya da obstetrik şiddet gibi değiştirilebilir faktörler bu travma riskini belirgin şekilde artırırken; ortaya çıkan post-travmatik stres tablosu depresyon, sonraki doğumlardan korkma, emzirme sürelerinde kısalma ve anne-bebek bağlanmasında bozulma gibi derin kuşaklararası olumsuz sonuçları da beraberinde getirmektedir (Ayers vd., 2024). Sonuç olarak perinatal ruh sağlığı spektrumunu ele alan güncel literatür, algılanan doğum travmasının yol açtığı bu klinik ve subklinik post-travmatik stres örüntülerinin, lohusalığın erken evrelerinde ortaya çıkan annelik hüznü gibi duygudurum dalgalanmaları üzerinde de en güçlü yordayıcı varyans açıklayıcısı olduğunu doğrulamaktadır. Bu durum, travmatik doğum deneyiminin kadının psikososyal iyilik halini çok boyutlu olarak tehdit eden majör bir risk faktörü olduğunu ve erken postpartum dönemde bütüncül tarama protokollerinin devreye sokulması gerektiğini ortaya koymaktadır (Öztaş, 2026).

1.4. Travmatik Doğumun Anne ve Bebek Üzerine Etkileri

1.4.1. Anne-Bebek Bağlanması

Doğum sürecinin anne tarafından kendi veya bebeğinin güvenliğine yönelik ciddi bir tehdit olarak algılanmasıyla karakterize olan travmatik doğum deneyimleri, anne-bebek bağlanma kalitesini ciddi ölçüde riske atmaktadır. Yapılan güncel bir sistematik derleme, incelenen bilimsel çalışmaların %90'ından fazlasında doğum sonrası travmatik stres semptomlarının anne-bebek arasındaki bağ üzerinde doğrudan ya da postpartum depresyon aracılığıyla olumsuz etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Travmatik bir doğumun ardından anneler; duygusal küntleşme, aşırı uyarılmışlık, olumsuz duygudurum değişiklikleri

ve bebeği travmatik olayın sürekli bir hatırlatıcısı olarak görme gibi PTSD semptomları nedeniyle bebekleriyle olumlu ve besleyici etkileşimler kurmakta zorlanabilmektedir. Bu durum, annelerin bebeklerinden duygusal olarak uzaklaşmalarına, kaçınma veya reddetme davranışları sergilemelerine, hatta bazen yaşadıkları acı nedeniyle farkında olmadan bebeği suçlamalarına yol açarak erken dönemdeki sağlıklı bağlanma sürecini kesintiye uğratabilmektedir (Prado & Camprecios, 2026). Anne-bebek bağlanmasındaki bu bozulmanın uzun dönemde çocuğun duygusal gelişimi ve aile ilişkileri üzerinde etkiler oluşturabileceği bildirilmektedir. Doğum sürecinde algılanan bu travmatik boyut, annenin bebeğiyle bağ kurma, onun duygularını doğru yorumlama ve annelik rolünü üstlenme becerisine doğrudan ket vurmaktadır. Yaşanan bu kopukluk; annelerin emzirme ve bakım süreçlerinde bebeklerine karşı boşluk hissetmelerine, ilgi azlığı yaşamalarına ve yetersiz göz teması kurmalarına neden olarak erken dönem etkileşim ritmini yapısal bir sekteye uğratar (Çankaya & Ocaktan, 2022). Bu kopukluk ve travmatik deneyimler, erken dönemde fark edilip doğru ebelik yaklaşımlarıyla yönetildiğinde önlenabilir bir boyut kazanmaktadır. Gebelik sürecinden itibaren annelerin korkularını ve geçmiş travma öykülerini hassasiyetle sorgulayan ebeler; sundukları bireysel danışmanlık, psiko-eğitici destek ve destekleyici bakım ile bu olumsuz döngünün kırılmasında anahtar bir rol üstlenirler. Sürece zamanında entegre edilen bu profesyonel ebelik bakımı, annenin kaygılarıyla baş etmesini kolaylaştırarak doğum sonrasındaki sağlıklı anne-bebek etkileşiminin ve güvenli bağlanma ritminin yeniden inşa edilmesine yapısal bir katkı sağlar (Gökçek, 2022).

1.4.2. Emzirme Süreci

Doğum sürecinin anne tarafından korkutucu, çaresiz bırakıcı ya da yaşamı tehdit edici bir olay olarak algılanmasıyla karakterize olan travmatik doğum deneyimleri, emzirme sürecinin başlatılması ve sürdürülmesi üzerinde hem fizyolojik hem de psikolojik mekanizmalarla derin olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu konuda yürütülen bir literatür derlemesi; doğum travması ve buna bağlı gelişen postpartum travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının, emzirme yetersizliği ile doğrudan ve çift yönlü bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir. Fizyolojik boyutta, yaşanan yoğun stres ve doğumda uygulanan sentetik oksitosin ile epidural analjezi gibi tıbbi müdahaleler; laktasyonu ve anne-bebek bağlanmasını sağlayan doğal oksitosin salınımını baskılayıp kortizol seviyelerini yükselterek süt yapımını ve bebeğin meme emme refleksini sekteye uğratabilmektedir. Psikolojik boyutta ise doğum sonrasında anksiyete, depresyon ve TSSB yaşayan annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları düşmekte; en önemlisi de emzirme eylemi anneye doğum anındaki acı verici ve korkutucu anıları hatırlatan bir tetikleyiciye dönüşebilmektedir. Bu zihinsel ve duygusal

acıdan kaçınmak isteyen anneler, emzirmeyi tamamen reddedebilmekte ya da emzirme sürecinde başarısızlık hissi yaşayarak besleme eylemini erken dönemde sonlandırabilmektedir (Tzitiridou-Chatzopoulou vd., 2023).

1.4.3. Aile İlişkileri

Doğum sürecinde yaşanan travmatik deneyimler ve buna bağlı gelişen psikopatolojik semptomlar, kadının yalnızca kendi ruh sağlığını etkilemekle kalmayıp çekirdek aile içindeki kişilerarası dinamikleri ve partner ilişkilerini de ciddi ölçüde zedelemektedir. Çiftler üzerinde yürütülen güncel bir ampirik araştırma, doğum sonrası yaşanan travmatik stres ve doğum sonu depresyon semptomlarının, eşler arasındaki ilişki kalitesini ve evlilik doyumunu olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymaktadır. Araştırma bulgularına göre, travmatik doğum sonrasında gelişen doğum sonu depresyon, çiftlerin ilişki kalitesindeki bozulmanın en doğrudan belirleyicisidir. Doğum sonrası travmatik stres semptomlarının ise eşlerin ilişki memnuniyetini doğrudan düşürmediği; ancak bu travmatik sürecin doğum sonu depresyonu tetiklemesi ve depresyonun da evlilik içi çatışmaları, yabancılaşmayı ve olumsuz paylaşımları artırması yoluyla dolaylı olarak çift ilişkisinde ciddi bir tatminsizliğe neden olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak travmatik doğum, anne üzerinden yayılan bir dalga etkisiyle eşlik ilişkisinde memnuniyetsizliğe, partnerler arası destek mekanizmalarının zayıflamasına ve dolayısıyla tüm aile sisteminin işlevselliğinin riske girmesine zemin hazırlamaktadır (Reshef vd., 2023).

1.5. Doğum Memnuniyeti ve Doğumhane Deneyimi

Literatürde doğum sürecinin karmaşıklığı nedeniyle kadınların hem olumlu hem de olumsuz psikolojik reaksiyonlar geliştirebileceği ve bazı durumlarda doğumun, annede travma sonrası stres tepkisiyle sonuçlanan ciddi bir travmatik deneyime dönüşebileceği belirtilmektedir (Swift vd., 2024). Doğum sürecinde yaşanan subjektif doğum travmaları sıklıkla yetersiz destek, sağlık çalışanlarıyla kurulan olumsuz etkileşimler, kontrol kaybı ve rıza dışı tıbbi müdahalelerden kaynaklanmakta; bu travmatik ve olumsuz doğum deneyimleri ise kadınların gelecekteki doğumlarını ertelemesine veya yoğun korku nedeniyle sonraki gebeliklerinde sezaryen talep etmesine yol açabilmektedir (Buendicho & Allen, 2025; Kuipers vd., 2024). Buna karşılık, kadının kendisini güvende hissettiği bir doğum ortamı ve sunulan bakım kalitesi doğum memnuniyetiyle doğrudan ilişkili olup doğumu kolaylaştıran endojen oksitosin hormonunun salınımını tetiklemekte ve yüksek doğum memnuniyetinin kadınları psikolojik olarak güçlendirerek kendi benlik duygularını artırdığı bilinmektedir (Goldkuhl vd., 2023; Swift vd., 2024). Güncel çalışmalar, travmatik doğum sonrası gelişen Doğumla İlişkili Travma Sonrası Stres Bozukluğu (D-TSSB) semptomları

ile doğum memnuniyeti arasında güçlü ve ters bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır; öyle ki doğum bakımı memnuniyetindeki her bir birimlik artış, kadınların doğum sonu travma semptomları gösterme olasılığını %16 oranında azaltmaktadır (Swift vd., 2024). Bu noktada doğumhane deneyimi ve fiziksel ortamın tasarımı kritik bir rol oynamaktadır; çünkü daha az klinik görünen, kontrol edilebilir duyuşsal uyaranlara, aromalara, ses ve ışık sistemlerine sahip kişiselleştirilmiş doğum odaları kadınların doğum deneyimini ve mahremiyet hissini olumlu yönde etkilemektedir (Goldkuhl vd., 2023; Kuipers vd., 2024). Nitekim doğum odası tasarımının fizyolojik süreci destekleyecek ve kadına kişisel ihtiyaçlarına göre ortamı (ışık, sıcaklık, mobilya pozisyonu) değiştirme özgürlüğü sunacak şekilde yapılandırılması, doğum memnuniyetini artırarak doğumdan 12 ay sonra bile olumlu bir doğum deneyimi hatırlanmasını sağlamakta ve travmatik anıların yıkıcı etkisini hafifletmektedir (Goldkuhl vd., 2023). Sonuç olarak; doğum odasında kadınların kontrol ve özerklik duygusunun desteklenmesi, etkili iletişim, ortak karar mekanizmaları ve kadını merkeze alan bir doğumhane deneyimi, hem genel doğum memnuniyetini belirgin şekilde artırmakta hem de travmatik doğum algısını ve buna bağlı gelişebilecek psikopatolojik semptomları önlemede en güçlü koruyucu faktörleri oluşturmaktadır (Buendicho & Allen, 2025; Goldkuhl vd., 2023; Kuipers vd., 2024; Swift vd., 2024).

1.6. Ebelik Yaklaşımı

Doğum sürecinin kadın odaklı ve hak temelli bir ebelik felsefesiyle yürütülmesi, anne adaylarının deneyimlerini olumlu yönde dönüştüren ve genel iyilik halini artıran en kritik yapı taşıdır (Kuipers vd., 2024). Geçmişinde travmatik bir doğum öyküsü barındıran kadınlar, sonraki hamileliklerinde genellikle sağlık kurumlarına karşı ciddi bir şüphe ve yüksek düzeyde kaygı geliştirirler; bu döngüyü kırmak adına bakımın merkezine “Ebelikte Süreklilik Modeli”nin (midwifery continuity of care) entegre edilmesi, kadının gebelikten lohusalığa kadar tüm süreçte aynı ebeden destek almasını sağlayarak onarıcı ve terapötik bir fayda sunar (Tafe vd., 2023). Ebelerin, kadınların kişisel tercihlerine ve bedensel bütünlüklerine duyduğu saygı, anne adaylarını doğumhanedeki pasif nesne rolünden sıyrıp kendi süreçlerinin karar verici birer öznesi haline getirir (Greenfield vd., 2022; Johnson-Young, 2025). Öte yandan, sunulan ebelik bakımının kalitesi mevcut klinik iklimden de doğrudan etkilenir. Daha önce zorlu doğumlara şahitlik edip sekonder (ikincil) travmaya maruz kalan ebelerin, endişe kaynaklı bir “defansif ebelik” yaklaşımına (bilimsel dayanağı olmayan rutin müdahalelerin sıklaşması gibi) kayma eğilimi olabilir. Bu olumsuz tablonun önüne geçebilmek için ebelerin kurumsal mekanizmalarca desteklenmesi ve kanıta dayalı ebelik ilkelerine sadık kalmalarının güvence altına alınması şarttır (Bingham vd., 2023). Profesyonel ebe desteğinden yoksun

gerçekleşen süreçler, kadınların doğumu bir yaralanma ya da ölüm tehdidi olarak algılamasına yol açarak emzirme tutumlarını olumsuz etkilemektedir. Bu bağlamda ebelik yaklaşımlarının bir uzantısı olarak, travmatik doğum algısı yüksek olan annelerin postpartum dönemde emzirme örüntüleri ile bebekleriyle olan ilişkilerinin yakından izlenmesi ve bu kadınlara klinik ortamda yoğun emzirme desteği sunulması büyük önem arz etmektedir (Çankaya & Ocaktan, 2022).

1.6.1. Ebe Desteğinin Önemi

Doğumhanede sağlanan profesyonel ebe bakımı, kadının doğum sürecine yönelik algısını olumluya çeviren ve olası travmaların önüne geçen en etkili koruyucu unsurlardan biridir (Kuipers vd., 2024). Yapılan çalışmalar, geçmişte olumsuz veya travmatik bir doğum süreci atlatmış kadınların, sonraki hamileliklerinde zedelenen güven bağlarını tekrar kurabilmek adına öncelikle ebe desteğine gereksinim duyduklarını ve ebeyle güvene dayalı bir ilişki geliştirmeyi gebeliklerinin odak noktası haline getirdiklerini ortaya koymaktadır (Greenfield vd., 2022). Kesintisiz ve sürekli bir ebelik bakımı alan kadınlar, doğum esnasında tek başlarına kalmayacaklarından ve kişisel sınırlarına özen gösterileceğinden emin olmanın getirdiği rahatlıkla kendilerini çok daha emniyette hissetmektedirler (Tafe vd., 2023). Ebenin sunduğu fiziksel, psikolojik ve bilgilendirici desteğin bütüncül bir şekilde sağlanması, annelerin doğum sonrasındaki lohusalık döneminde de kendilerini daha güçlü hissetmelerine olanak tanıyarak anne sağlığını ve genel iyilik halini doğrudan yükseltmektedir (Buendicho & Allen, 2025; Greenfield vd., 2022).

1.6.2. İletişim ve Psikolojik Destek

Doğum anında kurulan iletişimin kalitesi ve ebelerin sunduğu psikolojik rehberlik, bir kadının doğum deneyimini “travmatik” bir kayıp olarak mı yoksa güçlendirici bir kazanım olarak mı tanımlayacağını belirleyen en temel unsurdur (Johnson-Young, 2025). Kadınların zihninde yer eden subjektif doğum travmalarının ardında, çoğunlukla sağlık çalışanlarının empatiden yoksun, katı iletişim tarzları ve kadının onayını almadan uyguladıkları tıbbi müdahaleler yatmaktadır (Buendicho & Allen, 2025; Kuipers vd., 2024). Bir ebenin doğum süresince anneyi her aşamada aydınlatması, onu karar süreçlerine dahil etmesi ve yatıştırıcı, güven veren bir üslup benimsemesi, klinik ortamda sunulabilecek en güçlü psikolojik destektir (Greenfield vd., 2022; Johnson-Young, 2025). Bunun yanı sıra, lohusalık döneminde ebelerin öncülüğünde gerçekleştirilen ve kadının doğum hikayesini sözel olarak adım adım anlamlandırmasına olanak tanıyan “doğum sonu değerlendirme/ anlamlandırma” (birth debriefing) seansları, annelerin zihinlerindeki travmatik

anıları sağlıklı bir şekilde işlemlemelerine ve psikolojik açıdan hafiflemelerine ciddi oranda yardımcı olmaktadır (Buendicho & Allen, 2025; Tafe vd., 2023).

1.6.3. Travmatik Doğumun Önlenmesi

Travmatik doğum yaşantılarının önüne geçilmesi, hem klinik pratiklerde esaslı reformlar gerçekleştirilmesini hem de doğumhanedeki otorite ve güç dengesinin kadın merkezli olacak şekilde yeniden kurulmasını zorunlu kılan çok boyutlu (multidisipliner) bir sorumluluktur (Kuipers vd., 2024). Doğum eylemi boyunca kadının kendi bedensel özerkliği ve tercihleri üzerindeki kontrol duygusunun korunması, onay alınmadan ya da yeterli açıklama yapılmadan gerçekleştirilen tıbbi müdahalelere tamamen son verilmesi, travma gelişimini doğrudan engelleyen faktörlerdir (Greenfield vd., 2022; Johnson-Young, 2025). Kurumsal ve yapısal düzeyde travmatik doğumların önüne geçmenin en verimli yolu ise, anne adaylarının kesintisiz ebelik bakımı (süreklilik modelleri) alabilmelerinin sağlanması ve doğum yapılacak ortamların kadının mahremiyetine, aynı zamanda kontrol hissine imkân tanıyacak biçimde kişiselleştirilmesidir (Goldkuhl vd., 2023; Tafe vd., 2023). Son olarak, bu sürecin sağlıklı yürütülebilmesi adına, doğum salonlarında görev yapan ve mesleki tükenmişlik ile ikincil travmaya maruz kalan ebelerin iş yüklerinin azaltılması, psikolojik destek ağlarıyla güçlendirilmeleri, sunulan bakımın niteliğinin korunması açısından stratejik bir gerekliliktir (Bingham vd., 2023). Bu bağlamda klinik pratiklerde kadının bedensel özerkliğini koruyan yapısal bir sistem tasarımı, ancak bu sistemi sırtlayan ebelik iş gücünün tükenmişliğinin önlenmesiyle hayat bulabilir. Dolayısıyla doğumhanelerde arzulanan kadın merkezli ve empati temelli dönüşüm hem kurumsal politikaların revize edilmesini hem de uygulayıcıların psikososyal açıdan eş zamanlı olarak desteklenmesini zorunlu kılmaktadır (Çankaya & Ocaktan, 2022).

2. Sonuç

Doğum eylemi yalnızca fizyolojik ve klinik bileşenlerden oluşan tıbbi bir müdahale alanı değil; kadının yaşam boyu ruh sağlığını, maternal kimlik gelişimini, aile içi dinamikleri ve nesiller arası bağları kökten şekillendiren derin bir psikososyal dönüm noktasıdır. Doğum sürecinde kadının kontrol duygusunu yitirmesi, bedensel özerkliğinin zedelenmesi, rızası ve bilgisi dışında rutin tıbbi uygulamalara maruz bırakılması ve sağlık profesyonelleriyle kurduğu iletişimde empati eksikliği yaşaması, bu doğal süreci kadın zihninde tehdit edici ve çaresiz bırakıcı travmatik bir deneyime dönüştürmektedir. Algılanan bu subjektif doğum travması, perinatal dönemde postpartum depresyon riskini iki katından fazla artırarak bağımsız ve majör bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmakta; sonraki üreme deneyimlerinde ise sıradan bir endişe halinin ötesine

geçip panik ataklar, hiperventilasyon ve kontrol edilemeyen bir doğum korkusu ile karakterize kronik bir anksiyete sarmalı yaratmaktadır. Klinik ya da subklinik düzeyde gelişen PTSD tabloları, anne üzerinden yayılan bir dalga etkisiyle doğal oksitosin salınımını baskılayıp kortizol seviyelerini yükselterek emzirme öz-yeterliliğini ve fizyolojik laktasyon mekanizmalarını sekteye uğratmakta; anneyi bebeğinden duygusal olarak uzaklaştırıp kaçınma veya reddetme davranışlarına sürükleyerek erken dönem anne-bebek bağlanma kalitesini ciddi ölçüde riske atmaktadır. Dahası, yaşanan bu ruhsal morbiditeler eşler arasındaki evlilik doyumunu ve ilişki kalitesini de doğrudan veya depresyon aracılığıyla dolaylı yoldan zedeleyerek evlilik içi çatışmalara, yabancılaşmaya ve tüm aile sisteminin işlevselliğinin bozulmasına zemin hazırlamaktadır. Buna karşılık, kadının kendisini güvende ve emniyette hissettiği, klinik görünümünden uzak, kontrol edilebilir duyuşsal uyaranlara, aromalara, ses ve ışık sistemlerine sahip kişiselleştirilmiş doğum odası tasarımları ile yüksek doğum memnuniyeti, kadınların doğum sonu travma semptomları gösterme olasılığını her bir birimlik artışta %16 oranında azaltan en güçlü koruyucu ve psikolojik olarak güçlendirici faktörler olarak öne çıkmaktadır. Tüm bu olumsuz psikopatolojik tabloların önlenmesi, doğumhanedeki otorite ve güç dengesinin kadın merkezli olacak şekilde yeniden kurulmasını zorunlu kılan çok boyutlu bir sorumluluktur. Bu doğrultuda; klinik pratiklerde kadın odaklı, kanıta dayalı ve hak temelli bir ebelik felsefesinin benimsenmesi, bilgilendirilmiş onam alınmadan ya da yeterli açıklama yapılmadan gerçekleştirilen epizyotomi, fundal bası ve sürekli NST gibi hareket özgürlüğünü kısıtlayan rutin müdahalelere tamamen son verilmesi gerekmektedir. Bakımın merkezine, kadının gebelikten lohusalığa kadar tüm süreçte aynı ebeden destek almasını sağlayarak onarıcı ve terapötik bir fayda sunan “Ebelikte Süreklilik Modeli”nin entegre edilmesi, kadının zedelenen güven bağlarını yeniden kurmasını sağlayacak ve onu doğum sürecinin pasif bir nesnesi olmaktan çıkarıp kendi sürecinin karar verici etkin bir öznesi haline getirecektir. Ayrıca, lohusalık döneminde ebelerin öncülüğünde gerçekleştirilecek ve kadının doğum hikayesini sözel olarak adım adım anlamlandırmasına olanak tanıyacak rutin “doğum sonu değerlendirme/ anlamlandırma” seanslarının klinik protokollere dahil edilmesi, annelerin zihinlerindeki travmatik anıları sağlıklı bir şekilde işlemlemeleri açısından kritik bir öneme sahiptir. Son olarak, bu bütüncül ve nitelikli bakımın klinik sahada sürdürülebilir kılınması amacıyla, doğum salonlarında görev yapan, zorlu doğumlara şahitlik ederek ikincil travmaya ve mesleki tükenmişliğe maruz kalan ebelerin iş yüklerinin azaltılması, kurumsal psikolojik destek ağlarıyla güçlendirilmeleri ve böylece endişe kaynaklı, bilimsel dayanağı olmayan rutin müdahalelerin sıklaştığı “defansif ebelik” yaklaşımlarının önüne geçilerek kanıta dayalı ebelik ilkelerine sadık kalınmasının kurumsal mekanizmalarca güvence altına alınması stratejik bir zorunluluktur.

3. Kaynakça

- Ayers, S., & Sawyer, A. (2019). The Impact of Birth on Women's Health and Wellbeing. In O. Taubman-Ben-Ari (Ed.), *Pathways and Barriers to Parenthood* (pp. 199-218). Springer.
- Ayers, S., Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Nieuwenhuijze, M., Bogaerts, A., Hartmann, K., Karlsdottir, S. I., Oosterman, M., Tecirli, G., Turner, J. D., & Lalor, J. (2024). Traumatic birth and childbirth-related post-traumatic stress disorder: International expert consensus recommendations for practice, policy, and research. *Women and Birth*, 37(2), 362–367. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.11.006>
- Bingham, J., Kalu, F. A., & Healy, M. (2023). The impact on midwives and their practice after caring for women who have atraumatic childbirth: A systematic review. *Birth*, 50(4), 711–734. <https://doi.org/10.1111/birt.12759>
- Buendicho, A., & Allen, K. (2025). Perceptions of birth and wellbeing after birth debriefing among women who describe their birth as traumatic. *Midwifery*, 141, Article 104267. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104267>
- Çankaya, S., & Ocaktan, C. (2022). Postpartum Erken Dönemde Primipar Annelerin Travmatik Doğum Deneyimlerinin ve Algısının, Emzirme Tutumu ile İlişkisi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 227-234. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.991269>
- Chen, Y., Ismail, F., Xiong, Z., Li, M., Chen, I., Wen, S. W., & Xie, R. (2022). Association between perceived birth trauma and postpartum depression: A prospective cohort study in China. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 157(3), 598–603. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13845>
- Döner, Ş. İ., & Kul Uçtu, A. (2024). Travmatik Doğum Algısına Neden Olan Faktörlerin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 203-215. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1320030>
- Gökçek, A. İ. (2022). Önemli Bir Sorun: Doğum Korkusu ve Ebelik Bakımı. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 93-104. <https://izlik.org/JA33HB53SC>
- Goldkuhl, L., Gyllensten, H., Begley, C., Nilsson, C., Wijk, H., Lindahl, G., Uvnäs-Moberg, K., & Berg, M. (2023). Impact of birthing room design on maternal childbirth experience: Results from the Room4Birth randomized trial. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 16(1), 200–218. <https://doi.org/10.1177/19375867221124232>
- Greenfield, M., Jomeen, J., & Glover, L. (2022). 'After last time, would you trust them?' - Rebuilding trust in midwives after a traumatic birth. *Midwifery*, 113, Article 103435. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103435>
- Güleç Şatır, D., Yağız Altıntaş, R., & Sevil, Ü. (2022). Annelerin Yaşadığı Doğum Deneyimi ile Doğum Sonu Maternal Bağlanma Arasındaki İlişkinin

- İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 38(2), 103-108. <https://doi.org/10.53490/eghemshire.1098317>
- Johnson-Young, E. A. (2025). Birth, trauma, and communicating maternal health. *Qualitative Research Reports in Communication*, 26(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/17459435.2024.2307054>
- Kuipers, Y., Thomson, G., Škodová, Z., Bozic, I., Sigurðardóttir, V. L., Goberna-Tricas, J., Zurera, A., Neves, D. M., Barata, C., & Klier, C. (2024). A multidisciplinary evaluation, exploration, and advancement of the concept of a traumatic birth experience. *Women and Birth*, 37(1), 51–62. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.09.002>
- Olsen, B., Forgaard, A., Nordsletta, A. S., Sommerseth, E., & Røseth, I. (2022). “I shut it out”: expectant mothers’ fear of childbirth after a traumatic birth-a phenomenological study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 17(1), 2101209. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2101209>
- Öztaş, H. G. (2026). Travmatik doğum algısı ile doğum sonu annelik hüznü arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Anatolian Journal of Health Research*, 7(1), 1-9. <https://doi.org/10.61534/anatoljhr.1768730>
- Prado, M., & Camprecios, M. (2026). Impact of childbirth Post-traumatic stress disorder on the Mother-Infant Bond: a systematic review. *Psychology, health & medicine*, 1–22. <https://doi.org/10.1080/13548506.2026.2628980>
- Reshef, S., Mouadeb, D., Sela, Y., Weiniger, F. C., & Freedman, S. A. (2023). Childbirth, trauma and family relationships. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1), Article 2157481. <https://doi.org/10.1080/2008066.2022.2157481>
- Swift, E. M., Guðmundsdóttir, F., Einarsdóttir, K., & Sigurðardóttir, V. L. (2024). Birth satisfaction and symptoms of childbirth related PTSD among women in Iceland: A population-based study. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 42, 101037. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2024.101037>
- Tafe, A., Cummins, A., & Catling, C. (2023). Exploring women’s experiences in a midwifery continuity of care model following a traumatic birth. *Women and Birth*, 36(5), e421–e427. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.03.003>
- Tziritidou-Chatzopoulou, M., Orovou, E., Skoura, R., Eskitzis, P., Dagla, M., Iliadou, M., Palaska, E., & Antoniou, E. (2023). Traumatic Birth Experience and Breastfeeding Ineffectiveness - a Literature Review. *Materia socio-medica*, 35(4), 325–333. <https://doi.org/10.5455/msm.2023.35.325-333>

Tokofobi, Sosyal Medya Kullanımı ve Gebelikte Psikososyal Etkiler

Yeter Çuvadar Baş¹

Nargizahon Erkaboeva²

Özet

Tokofobi, doğuma ilişkin yoğun korku, kaygı ve kaçınma davranışları ile karakterize edilen; gebelik sürecini, doğum deneyimini ve maternal ruh sağlığını önemli ölçüde etkileyebilen psikolojik bir durumdur. Son yıllarda internet ve sosyal medya kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte gebeler, gebelik ve doğum sürecine ilişkin bilgi edinmek, deneyim paylaşmak, sosyal destek almak ve sağlık sorunlarına çözüm aramak amacıyla dijital platformlara daha sık başvurmaktadır. Sosyal medya; bilgiye hızlı erişim, çevrim içi destek grupları ve sağlık profesyonelleri tarafından paylaşılan eğitici içerikler sayesinde kadınların doğuma yönelik bilgi düzeyini ve öz yeterlilik algısını artırabilmektedir. Bununla birlikte yanlış bilgi yayılımı, travmatik doğum hikâyeleri, olumsuz doğum videoları ve idealize edilmiş annelik temsilleri gebelerde kaygı, stres, yetersizlik hissi ve doğum korkusunu artırabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Koleji (ACOG), doğum korkusunun prenatal bakım sürecinde değerlendirilmesi gereken önemli bir psikososyal sorun olduğunu vurgulamaktadır. Literatürde özellikle primigravid kadınların sosyal medya içeriklerinden daha fazla etkilenebildiği ve olumsuz doğum deneyimlerine maruz kalmanın tokofobik düşünceleri güçlendirebildiği bildirilmektedir. Buna karşın güvenilir dijital içerikler, çevrim içi sosyal destek grupları ve ebe/sağlık profesyonelleri tarafından sunulan danışmanlık hizmetleri kadınların doğuma yönelik olumlu algı geliştirmesine katkı sağlayabilmektedir. Bu bölümde tokofobinin tanımı, yaygınlığı, psikososyal etkileri ve sosyal medya kullanımı ile ilişkisi güncel literatür doğrultusunda ele alınmıştır. Ayrıca gebelerin dijital sağlık okuryazarlığının desteklenmesi, doğru bilgi kaynaklarına yönlendirilmesi ve prenatal bakım sürecinde psikososyal değerlendirmenin önemine dikkat çekilmiştir.

1 Öğr., Gör., Gedik Üniversitesi, yeter.cuvadar@gedik.edu.tr, 0000-0001-9020-1655

2 Yl. Öğr., Karabük Üniversitesi, nargizerkaboeva95@gmail.com, 0009-0004-5000-6390

1. Giriş

Gebelik, kadının yaşamında fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlerin yoğun olarak yaşandığı önemli bir süreçtir. Bu dönemde artan bilgi ihtiyacı, gebelerin internet ve sosyal medya platformlarını sağlıklı ilgili bilgi edinme amacıyla daha sık kullanmalarına neden olmaktadır. Sosyal medya, gebelere deneyim paylaşımı, sosyal destek ve bilgiye hızlı erişim gibi olanaklar sunarken; yanlış veya eksik bilgiye maruz kalma, olumsuz doğum deneyimlerinin aktarılması ve gerçekçi olmayan beklentilerin oluşması gibi bazı riskleri de beraberinde getirmektedir. Bu durum, gebelerin psikososyal sağlığını etkileyebildiği gibi doğum sürecine yönelik korku ve kaygıların artmasına da katkıda bulunabilmektedir. Özellikle doğuma ilişkin yoğun ve patolojik korku olarak tanımlanan tokofobi, anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyebilen önemli bir ruh sağlığı sorunu olarak öne çıkmaktadır. Bu nedenle sosyal medya kullanımı, psikososyal sağlık ve tokofobi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, gebelik döneminde bütüncül bakımın önemli bir bileşenidir (Adewunmi vd., 2017). Bu nedenle gebelik döneminde dijital bilgi kaynaklarının kadınların psikolojik iyi oluşu ve doğum algısı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi, prenatal bakımın güncel ve önemli bileşenlerinden biri haline gelmiştir.

1.1. Tokofobinin Tanımı ve Önemi

Gebelik ve doğum süreci, kadın yaşamında yalnızca fizyolojik değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal değişimlerin yoğun olarak yaşandığı önemli dönemlerden biridir. Gebelik sürecinde yaşanan kaygı ve korkular belirli bir düzeyde normal kabul edilmekle birlikte, bazı kadınlarda bu korkular yoğunlaşarak klinik düzeyde bir probleme dönüşebilmektedir. Doğuma ilişkin yoğun korku, kaygı ve kaçınma davranışları ile karakterize edilen bu durum “tokofobi” olarak tanımlanmaktadır. Tokofobi; gebelik sürecini, doğum tercihlerini, maternal ruh sağlığını ve postpartum uyumu etkileyebilen önemli bir psikolojik sorun olarak değerlendirilmektedir (O’Connell vd., 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), olumlu doğum deneyiminin yalnızca fiziksel güvenlik ile sınırlı olmadığını; aynı zamanda kadının psikolojik olarak desteklenmesi, kendini güvende hissetmesi ve doğum korkusunun azaltılması ile ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Bu nedenle prenatal dönemde kadınların psikososyal gereksinimlerinin değerlendirilmesi önerilmektedir (WHO, 2018). Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Koleji (ACOG) de doğum korkusunun prenatal bakım sürecinde ele alınması gereken önemli bir psikososyal risk faktörü olduğunu belirtmekte; yoğun doğum korkusunun prenatal anksiyete, depresyon ve sezaryen isteği ile ilişkili olabileceğini ifade etmektedir (ACOG, 2021).

Tokofobi primer ve sekonder olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Primer tokofobi daha önce doğum deneyimi yaşamamış kadınlarda görülürken; sekonder tokofobi travmatik doğum deneyimi, düşük, obstetrik komplikasyonlar veya olumsuz sağlık deneyimleri sonrasında gelişebilmektedir. Gür ve arkadaşlarının (2022) çocuk sahibi olmayan bireylerde gerçekleştirdiği çalışmada, gebelik öncesi dönemde dahi belirgin düzeyde doğum korkusu bulunduğu ve bu korkunun özellikle kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu durum, tokofobinin yalnızca gebelik sürecine özgü bir korku olmadığını, doğum algısının yaşamın erken dönemlerinden itibaren şekillenebildiğini göstermektedir (Gür vd., 2022).

Tokofobi; prenatal stres, uyku problemleri, depresif belirtiler, travma algısı, doğumdan kaçınma davranışı ve elektif sezaryen istemi ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca yoğun doğum korkusunun maternal-fetal bağlanmayı olumsuz etkileyebileceği ve postpartum dönemde annelik rolüne uyumu zorlaştırabileceği bildirilmektedir. Bu nedenle tokofobi yalnızca bireysel bir korku durumu değil, maternal ruh sağlığını ve obstetrik sonuçları etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (O'Connell vd., 2017). Tokofobinin yalnızca bireysel bir korku deneyimi olmadığı; kadınların doğum tercihlerini, sağlık hizmeti kullanımını ve maternal ruh sağlığını etkileyen çok boyutlu bir süreç olduğu görülmektedir.

1.2. Gebelikte Psikososyal Sağlığın Önemi

Gebelik ve doğum sonrası ilk bir yıl, bireyin psikososyal sağlığını önemli ölçüde etkileyebilen kritik bir dönemdir. Bu süreçte en sık görülen ruhsal sorunlar arasında duygu durum bozuklukları, anksiyete ve ilişkili psikolojik rahatsızlıklar yer almaktadır. Tedavi edilmediğinde veya yeterince yönetilmediğinde, perinatal duygu durum ve anksiyete bozuklukları yalnızca annenin yaşam kalitesini ve iyilik halini olumsuz etkilemekle kalmamakta; aynı zamanda bebeğin gelişimi, anne-bebek bağlanması ve aile sağlığı üzerinde de uzun süreli olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle gebelik döneminde psikososyal sağlığın korunması ve desteklenmesi, anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesinde temel bir öneme sahiptir (Vigod vd., 2025).

Perinatal dönemde herhangi bir noktada depresyon prevalansı %6,5 ile %12,9 arasında değişmekte olup, yapılandırılmış klinik görüşmelerle majör depresyon doğrulandığında bu oran daha düşüktür. Doğum sonrası dönemde depresyon prevalansı daha yüksek olup, klinik olarak anlamlı depresif semptomların görülme sıklığının %19'a, majör depresif epizot prevalansının ise %7'ye kadar ulaştığı tahmin edilmektedir (Gavin vd., 2005; Bai vd., 2023).

Bireysel ve Sağlıkla İlişkili Risk Faktörleri

- Daha önce perinatal ruhsal sorun yaşama öyküsü
- Depresyon, anksiyete veya diğer psikiyatrik hastalık öyküsü
- Ailede ruhsal hastalık öyküsü
- Kronik fiziksel hastalıkların varlığı

Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Risk Faktörleri

- İstenmeyen veya plansız gebelik
- Primiparite
- Çoğul gebelikler
- Gebelik komplikasyonları (preeklampsi, gestasyonel diyabet vb.)
- Preterm doğum, düşük doğum ağırlığı veya ölü doğum gibi neonatal komplikasyonlar
- Gebelik kaybı öyküsü
- Gebelik ve postpartum dönemde uyku sorunları
- Emzirme güçlükleri veya emzirmenin erken sonlandırılması

Sosyal ve Çevresel Risk Faktörleri

- Ergen yaşta veya ileri yaşta gebelik
- Düşük sosyoekonomik düzey
- Travmatik ve stresli yaşam olayları
- Yetersiz sosyal destek
- Eş desteğinin azlığı veya ilişki sorunları
- Aile içi/eş şiddeti
- Cinsel veya fiziksel şiddet öyküsü (Vigod vd., 2025).

Gebelikte psikososyal sağlık, anne, bebek ve aile sağlığını etkileyen temel unsurlardan biridir. Gebelik ve doğum sonrası dönemde görülen depresyon ve anksiyete bozuklukları, anne adayının yaşam kalitesini azaltmanın yanı sıra düşük doğum ağırlığı, preterm doğum, anne-bebek bağlanmasında güçlükler ve bebeğin gelişiminde olumsuz sonuçlar gibi çeşitli risklerle ilişkilendirilmektedir. Özellikle gebelik sırasında ortaya çıkan depresif ve anksiyöz belirtiler, doğum sonrası ruhsal sorunların önemli bir habercisi olarak kabul edilmektedir. Ayrıca önceki ruhsal hastalık öyküsü, perinatal kayıp deneyimi ve eş şiddeti gibi faktörler bu riskleri artırabilmektedir. Bu nedenle gebelik sürecinde psikososyal

sağlığın düzenli olarak değerlendirilmesi, riskli bireylerin erken dönemde belirlenmesi ve uygun destek hizmetlerine yönlendirilmesi, anne ve bebek sağlığının korunması açısından büyük önem taşımaktadır (Shea vd., 2024). Psikososyal sağlığı etkileyen bu faktörler, gebelik ve doğum sürecine ilişkin korku ve kaygıların artmasına zemin hazırlayabilmekte; bu korkuların en belirgin yansımalarından biri ise tokofobidir.

1.3. Tokofobinin Psikososyal Sonuçları

Tokofobi kadınların psikolojik iyi oluşunu çok yönlü biçimde etkileyebilmektedir. Yoğun doğum korkusu yaşayan kadınlarda prenatal anksiyete, depresif belirtiler, uyku problemleri ve sosyal izolasyon daha sık görülmektedir. Ayrıca doğum korkusunun kadınların doğum planlarını etkileyebildiği ve sezaryen doğuma yönelimi artırabildiği bildirilmektedir (O'Connell vd., 2017).

Gebelikte sosyal medya kullanımının yoğun olduğu bireylerde sosyal karşılaştırma davranışının artabileceği belirtilmektedir. Kadınlar sosyal medyada “mükemmel annelik”, “kolay doğum” veya “kusursuz gebelik” temsilleri ile karşılaştıklarında kendilerini yetersiz hissedebilmekte; bu durum suçluluk duygusu, özeleştirme ve psikolojik baskıyı artırabilmektedir (Staneva vd., 2017). Ayrıca sosyal medya bağımlılığı arttıkça gebelik stresinin de arttığı bildirilmektedir (Kandemir, 2022).

Sosyal medya kullanımının anneler açısından hem olumlu hem de olumsuz yönleri bulunmaktadır. Bilgiye hızlı erişim ve sosyal destek sağlama gibi avantajlarının yanında, çocukların ve annelik deneyimlerinin karşılaştırılmasına neden olarak yetersizlik hissinin artırabildiği belirtilmektedir. Bu nedenle sosyal medya kullanımının etkileri bireyin psikolojik dayanıklılığı, sağlık okuryazarlığı ve maruz kaldığı içeriğin niteliği doğrultusunda değişebilmektedir (Başoğlu, 2020).

1.4. Gebelikte Sosyal Medya ve İnternet Kullanımı

Dijital teknolojilerin gelişmesiyle birlikte internet ve sosyal medya günlük yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. Özellikle gebelik döneminde kadınlar; bilgi edinmek, deneyim paylaşmak, sosyal destek almak ve sağlık sorunlarına çözüm aramak amacıyla sosyal medya platformlarını yoğun biçimde kullanmaktadır. Gebelik sürecinde yaşanan fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimler kadınların bilgi gereksinimini artırmakta; kadınlar gebelik belirtileri, fetal gelişim, doğum süreci ve postpartum bakım gibi konularda bilgi arayışına yönelmektedir (Değirmenciler vd., 2022).

Kavlak ve arkadaşlarının (2012) Türkiye’de gerçekleştirdiği çalışmada, gebelerin büyük çoğunluğunun gebelik sürecinde internet kullandığı ve özellikle fetal gelişim, doğum belirtileri, beslenme ve doğum süreci hakkında bilgi aradığı bildirilmiştir. Benzer şekilde Öztürk ve arkadaşları (2020), gebelerin bilgi kaynağı olarak internet ve sosyal medyayı yaygın biçimde kullandığını belirtmiştir.

Gebeler sosyal medya aracılığıyla benzer deneyim yaşayan kadınlarla bağlantı kurabilmekte ve yüz yüze paylaşmakta zorlandıkları konuları çevrim içi ortamlarda daha rahat ifade edebilmektedir (Johnson, 2015). Özellikle ilk gebeliğini yaşayan kadınların fetüs sağlığı, doğum şekli, emzirme ve annelik rolleri konusunda sosyal medyaya daha fazla başvurduğu bildirilmektedir. Ayrıca sosyal medya platformlarının gebelere sosyal destek hissi sağladığı, yalnızlık duygusunu azalttığı ve ebeveynliğe geçiş sürecinde psikolojik rahatlama oluşturduğu belirtilmektedir (Baker & Yang, 2018; Chan & Chen, 2019).

Sosyal medya aracılığıyla kadınlar gebelik, doğum ve bebek bakımıyla ilgili deneyimlere kolayca ulaşabilmekte; bu durum bazı kadınlarda desteklenmiş hissetmeye katkı sağlayabilmektedir (Lupton, 2016). Özellikle emzirme, postpartum bakım ve yenidoğan bakımı gibi konularda sosyal medyada paylaşılan deneyimlerin kadınlar tarafından güvenilir bilgi kaynağı olarak değerlendirildiği bildirilmektedir (Dündar & Özsoy, 2020).

Sistemantik incelemeler, sosyal medya kullanımının özellikle yüksek gelirli ülkelerde prenatal bakım hizmetlerini desteklemek, sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirmek ve sağlık bilgilerine erişimi artırmak açısından yararlı olabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte sosyal medya kullanımının kontrolsüz hale gelmesi, yanlış bilgiye maruz kalma ve olumsuz deneyim içeriklerinin yoğunluğu nedeniyle gebelerin psikolojik sağlığını olumsuz etkileyebileceği de belirtilmektedir (Overdijkink vd., 2018; Chen vd., 2018).

1.5. Sosyal Medya Kullanımı ve Tokofobi Arasındaki İlişki

Son yıllarda sosyal medya kullanımının tokofobi üzerindeki etkisi dikkat çeken araştırma alanlarından biri haline gelmiştir. Özellikle YouTube, Instagram, TikTok ve çevrim içi forumlarda yer alan dramatik doğum hikâyeleri, travmatik doğum videoları ve komplikasyon odaklı içeriklerin kadınların doğuma ilişkin algısını etkileyebileceği belirtilmektedir. Negatif doğum deneyimlerine yoğun biçimde maruz kalmanın, özellikle primigravid kadınlarda doğuma ilişkin korkuyu artırabileceği düşünülmektedir. Bandura’nın sosyal öğrenme kuramına göre bireyler, başkalarının yaşantılarını gözlemleyerek belirli olaylara ilişkin tutum ve davranış geliştirebilmektedir. Bu bağlamda sosyal medya platformlarında paylaşılan olumsuz doğum deneyimlerinin kadınlarda

tokofobik düşünceleri tetikleyebileceği ifade edilmektedir. Kadınların doğum ağrısına ilişkin olumsuz anlatımlara sürekli maruz kalmaları; kontrol kaybı, komplikasyon korkusu, ölüm korkusu ve bebeğe zarar gelmesi endişesini artırabilmektedir.

Aftab'ın (2025) çalışmasında sosyal medya kullanımının gebeler açısından hem yararlı hem de riskli yönleri olduğu vurgulanmıştır. Çalışmada sosyal medya platformlarının sosyal destek hissini artırabileceği ve kadınların sağlık hizmetlerine erişim konusunda farkındalık geliştirmesine katkı sağlayabileceği belirtilmiştir. Ancak yanlış bilgi yayılımı, korku içerikli doğum paylaşımları ve idealize edilmiş annelik temsillerinin kaygı düzeyini artırabileceği ifade edilmiştir (Aftab, 2025).

Çavuş Solmaz ve Güngör Satılmış'ın (2026) gerçekleştirdiği çalışmada da yoğun internet ve sosyal medya kullanımının gebelerin psikososyal sağlık düzeyi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Özellikle kontrolsüz sosyal medya kullanımının anksiyete, stres ve sosyal karşılaştırma davranışlarını artırabileceği belirtilmiştir.

Araştırmalar, aşırı sosyal medya kullanımı ile depresif belirtiler arasında pozitif yönlü ilişki bulunduğunu göstermektedir (Boer vd., 2020; Boer vd., 2021; Shensa vd., 2018). Gebelik sürecinde kadınların kendileri ve gebelikleri hakkında sürekli güvence arama davranışları kaygıyı güçlendirebilmekte; çevrim içi bilgi arama davranışı sağlık anksiyesini artırabilmektedir (Staneva vd., 2017). Özellikle fetal gelişim, gebelik komplikasyonları ve doğum sürecine ilişkin yoğun bilgi arayışının kaygıyı artırabileceği bildirilmektedir. Bununla birlikte sosyal medyanın tamamen olumsuz etkiler oluşturduğu söylenemez. Kanıta dayalı bilgi paylaşımı, ebe destekli dijital danışmanlık uygulamaları, doğuma hazırlık eğitimleri ve çevrim içi sosyal destek grupları bazı kadınlarda doğuma yönelik öz yeterlilik algısını güçlendirebilmekte ve doğum korkusunu azaltabilmektedir. Özellikle sağlık profesyonelleri tarafından yürütülen güvenilir dijital içeriklerin kadınların kaygı düzeyini azaltmada etkili olabileceği belirtilmektedir (Sayakhov & Carolan-Olah, 2016).

1.6. Ebe ve Hemşirelerin Roller

Ebeler, gebelik, doğum ve postpartum dönemde kadınlarla en yakın iletişim kuran sağlık profesyonellerinden biri olarak bu süreçte kritik role sahiptir. Kadın merkezli bakım yaklaşımı doğrultusunda ebelerin yalnızca fiziksel bakım sunmaları değil, aynı zamanda kadınların psikososyal gereksinimlerini değerlendirmeleri ve dijital ortamda karşılaştıkları bilgileri eleştirel biçimde yorumlamalarına yardımcı olmaları beklenmektedir. Dijitalleşmenin doğum algısı üzerindeki etkisi her geçen gün daha karmaşık hale gelirken, bu sürecin ebeler perspektifinden bilimsel temelde değerlendirilmesi önemli

görülmektedir (Sağıroğlu, 2025). Sosyal medya platformlarının sunduğu fırsatların ve barındırdığı risklerin doğru analiz edilmesi, ebelerin antenatal dönemde kadın merkezli ve kanıta dayalı bakım planı oluşturmalarına katkı sağlamaktadır (Öztürk vd., 2020). Bu nedenle dijital sağlık okuryazarlığının desteklenmesi, çağdaş prenatal bakım uygulamalarının önemli bileşenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir.

Ebeler, gebelerin sosyal medya kullanım alışkanlıklarını değerlendirerek güvenilir dijital kaynaklara yönlendirme yapabilir, yanlış bilgilerin neden olabileceği korku ve kaygıyı azaltabilir ve doğum sürecine yönelik olumlu algının gelişmesini destekleyebilir. Özellikle doğuma hazırlık eğitimleri, çevrim içi danışmanlık uygulamaları, dijital gebelik eğitim programları ve sosyal medya üzerinden yürütülen profesyonel bilgilendirme çalışmaları kadınların öz yeterlilik algısını güçlendirebilmektedir. Bunun yanında ebelerin dijital sağlık okuryazarlığını desteklemesi, kadınların internette karşılaştıkları bilgilerin doğruluğunu sorgulayabilmeleri açısından önem taşımaktadır (Öztürk vd., 2020).

Travma duyarlı bakım yaklaşımı doğrultusunda ebelerin kadınların korkularını yargılamadan dinlemesi, güven ilişkisi kurması ve doğuma ilişkin kaygılarını ifade etmelerine fırsat tanınması gerekmektedir. Özellikle tokofobi yaşayan kadınlarda empatik iletişim, bireyselleştirilmiş bakım ve psikososyal destek önemli bir gereksinimdir. Sosyal medya üzerinden paylaşılan olumsuz doğum deneyimlerinin kadınlarda korku oluşturabileceği göz önünde bulundurulduğunda, ebelerin olumlu doğum deneyimlerini görünür kılan, bilimsel temelli ve destekleyici dijital içeriklerin üretiminde aktif rol alması önerilmektedir (Sağıroğlu, 2025).

Günümüzde ebeler dijital sağlık dönüşümünde yalnızca pasif bilgi kullanıcıları değil; aynı zamanda güvenilir bilgiyi savunan, kadınları güçlendiren ve bakımın insani boyutunu dijital ortamlarda yeniden yapılandıran önemli profesyoneller olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle ebeler bakımının dijital sağlık uygulamaları ile bütünleştirilmesi, kadınların psikososyal gereksinimlerinin daha kapsamlı biçimde ele alınmasına ve maternal ruh sağlığının desteklenmesine katkı sağlayabilir (Sağıroğlu, 2025). Böylece dijital sağlık uygulamalarının kadın merkezli bakım anlayışıyla bütünleştirilmesi hem psikososyal desteğin güçlendirilmesine hem de doğum korkusunun azaltılmasına katkı sunabilir.

2. Sonuç

Tokofobi, gebelik ve doğum sürecini fiziksel, duygusal ve sosyal boyutlarıyla etkileyen önemli bir psikososyal sağlık sorunudur. Günümüzde

dijital teknolojilerin ve sosyal medya platformlarının yaygınlaşmasıyla birlikte kadınların gebelik ve doğuma ilişkin bilgi edinme biçimleri değişmiş, bu durum doğum algısının şekillenmesinde yeni fırsatlar ve riskler ortaya çıkarmıştır. Sosyal medya ve internet ortamları, kadınların bilgiye hızlı erişimini kolaylaştırırken aynı zamanda yoğun bilgi akışı, yanlış veya eksik bilgiler ve olumsuz doğum deneyimlerinin görünürlüğü nedeniyle doğuma ilişkin kaygı ve korkuların artmasına da zemin hazırlayabilmektedir. Buna karşılık, güvenilir dijital içerikler, profesyonel rehberlik ve destekleyici çevrim içi uygulamalar kadınların kendilerini daha hazırlıklı ve güçlü hissetmelerine katkı sağlayabilmektedir. Bu nedenle dijital ortamların tokofobi üzerindeki etkisi tek yönlü değil, bireyin maruz kaldığı içeriğin niteliği ve aldığı desteğin düzeyi ile şekillenen çok boyutlu bir süreç olarak değerlendirilmelidir. Sonuç olarak, dijitalleşmenin doğum algısı üzerindeki etkisinin giderek arttığı günümüzde, tokofobinin değerlendirilmesi ve yönetiminde sosyal medya kullanımının göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Ebelerin dijital sağlık okuryazarlığını destekleyen, kadınların psikososyal gereksinimlerini merkeze alan ve güvenilir bilgiye erişimi kolaylaştıran yaklaşımlar benimsemeleri, doğum korkusunun azaltılmasına ve maternal ruh sağlığının güçlendirilmesine katkı sağlayacaktır. Bu doğrultuda ebelik bakımının dijital sağlık uygulamalarıyla bütünleştirilmesi, kadınların hem bilgiye erişimlerini hem de psikososyal destek kaynaklarını güçlendirerek daha olumlu bir gebelik ve doğum deneyiminin oluşturulmasına yardımcı olabilir.

3. Kaynakça

- Adewunmi, A. A., Akinola, L. A., Olumodeji, A. M., Inyangudo, G. N., Ottun, T. A., Adegoke, A. S., Onwuka, J. U., & Ola, B. A. (2026). Tokophobia and associated factors in pregnancy: A community-based cross-sectional survey. *PLoS ONE*, 21(6), e0345900. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0345900>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2021). *Approaches to limit intervention during labor and birth*.
- Aftab, N. (2025). Social media use during pregnancy: Risks and benefits for women's health. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.90410>
- Baker, B., & Yang, I. (2018). Social media as social support in pregnancy and the postpartum. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 17, 31–34. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.05.003>
- Bai, Y., Li, Q., Cheng, K. K., Caine, E. D., Tong, Y., Wu, X., & Gong, W. (2023). Prevalence of Postpartum Depression Based on Diagnostic Interviews: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Depression and anxiety*, 2023, 8403222. <https://doi.org/10.1155/2023/8403222>
- Başoğlu, R. (2020). Annelerin Sosyal Medya Kullanımı ve Instagramda Olan Popüler Anneler. *Akademik Tarih ve Düşünce Dergisi*, 7(1), 857-873. <https://izlik.org/JA66EL84BN>
- Boer, M., Stevens, G. W. J. M., Finkenauer, C., de Looze, M. E., van den Eijnden, R. J. J. M., & ter Bogt, T. F. M. (2021). Social media use intensity, social media use problems, and mental health among adolescents: Investigating directionality and mediating processes. *Computers in Human Behavior*, 116, 106645. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106645>
- Chan, K. L., & Chen, M. (2019). Effects of social media and mobile health apps on pregnancy care: Meta-analysis. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(1), e11836. <https://doi.org/10.2196/11836>
- Chen, H., Chai, Y., Dong, L., Niu, W., & Zhang, P. (2018). Effectiveness and appropriateness of mHealth interventions for maternal and child health: Systematic review. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(1), e7. <https://doi.org/10.2196/mhealth.8998>
- Çavuş Solmaz, Y., & Güngör Satılmış, İ. (2026). Relationship between internet and social media use and psychosocial health in pregnant women: A cross-sectional study. *Medical Records*, (1). <https://doi.org/10.37990/medr.1771756>
- Dündar, H., & Özsoy, S. (2020). Emzirme döneminde annelerin sosyal medya kullanım deneyimleri. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 45–52. <https://doi.org/10.46971/ausbid.626427>

- Değirmenciler, B., Sercekus, P., & Özkan, S. (2022). İnternet ve Sosyal Medya Kullanımı Gebe Kadınları Nasıl Etkiler? *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5(3), 453-458. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.923961>
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and gynecology*, 106(5 Pt 1), 1071–1083. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>
- Gür, E. Y., Uzun Özer, B., & Ejder Apay, S. (2022). Fear of childbirth prior to pregnancy among childless individuals: Descriptive cross-sectional study. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 7(2), 412–419. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2021-85383>
- Johnson, S. A. (2015). “Intimate mothering publics”: Comparing face-to-face support groups and Internet use for women seeking information and advice in the transition to first-time motherhood. *Culture, Health & Sexuality*, 17(2), 237–251. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.968807>
- Kandemir, A. (2022). Gebelik Stresi Sosyal Medya Bağımlılığı İlişkisi. Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Ordu.
- Kavlak, O., Atan, S. Ü., Güleç, D., Oztürk, R., & Atay, N. (2012). Pregnant women’s use of the internet in relation to their pregnancy in Izmir, Turkey. *Informatics for Health and Social Care*, 37(4), 253–263. <https://doi.org/10.3109/17538157.2012.710686>
- Lupton, D. (2016). The use and value of digital media for information about pregnancy and early motherhood: A focus group study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 171. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0971-3>
- O’Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C., & O’Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: Systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(8), 907–920. <https://doi.org/10.1111/aogs.13138>
- Overdijkink, S. B., Velu, A. V., Rosman, A. N., van Beukering, M. D. M., Kok, M., & Steegers-Theunissen, R. P. M. (2018). The usability and effectiveness of mobile health technology-based lifestyle and medical intervention apps supporting health care during pregnancy: Systematic review. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(4), e109. <https://doi.org/10.2196/mhealth.8834>
- Öztürk, R., Atan, Ş. Ü., Kavlak, O., & Güleç, D. (2020). Gebelerin Bilgi Kaynağı Olarak İnternet ve Sosyal Medya Kullanım Durumları. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2020: 4(3); 210-220. <https://dx.doi.org/10.46237/amusbfd.667048>
- Sayakhot, P., & Carolan-Olah, M. (2016). Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 65. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0856-5>

- Shea, A., Jumah, N. A., Forte, M., Cantin, C., Bayrampour, H., Butler, K., ... & Cook, J. (2024). Guideline No. 454: Identification and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 46(10), 102696. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2024.102696>
- Shensa, A., Escobar-Viera, C. G., Sidani, J. E., Bowman, N. D., Marshal, M. P., & Primack, B. A. (2018). Problematic social media use and depressive symptoms among U.S. young adults: A nationally representative study. *Social Science & Medicine*, 182, 150–157. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.061>
- Staneva, A., Bogossian, F., Pritchard, M., & Wittkowski, A. (2015). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth*, 28(3), 179–193. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.02.003>
- Vigod, S. N., Frey, B. N., Clark, C. T., Grigoriadis, S., Barker, L. C., Brown, H. K., Charlebois, J., Dennis, C. L., Fairbrother, N., Green, S. M., Letourneau, N. L., Oberlander, T. F., Sharma, V., Singla, D. R., Stewart, D. E., Tomasi, P., Ellington, B. D., Fleury, C., Tarasoff, L. A., Tomfohr-Madsen, L. M., ... Van Lieshout, R. J. (2025). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2024 Clinical Practice Guideline for the Management of Perinatal Mood, Anxiety, and Related Disorders: Guide de pratique 2024 du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments pour le traitement des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles connexes périnataux. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 70(6), 429–489. <https://doi.org/10.1177/07067437241303031>
- World Health Organization (WHO). (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*.

Kadın Sağlığında Bütüncül Yaklaşımlar

Editörler:

Doç. Dr. Ayşe Çuvadar

Dr. Öğr. Üyesi Nesrin Arslan